

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem

**Quality Standards in Administration
and Management in Nursing**

Relatório de Estágio em Gestão de Enfermagem
Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental

Relatório Final de Estágio orientado por
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira
Pereira da Silva Martins
e co-orientado por
Enfermeira Carla Maria Morais Ferraz

Sónia Marisa da Silva Casimiro
Porto, 2015

*"Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes,
Mas não esqueço de que minha vida
É a maior empresa do mundo...
E que posso evitar que ela vá à falência.
Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver
Apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise.
Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e
Se tornar um autor da própria história...
É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar
Um oásis no recôndito da sua alma...
É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.
Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos.
É saber falar de si mesmo.
É ter coragem para ouvir um "Não"!!!
É ter segurança para receber uma crítica,
Mesmo que injusta...
Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo..."*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir mais uma conquista e por estar sempre presente na minha vida.

A Vasco Rocha por contribuir para ser quem sou e por me fazer acreditar que é possível.

À minha mãe e ao meu irmão, por acreditarem sempre nos meus objetivos, apoiando sem reservas o desejo de investir na minha formação académica.

À minha orientadora , Prof. Doutora Manuela Martins, pela disponibilidade, compreensão, recomendações, correções e intervenções no sentido de conseguir atingir o meu objetivo.

À minha co-orientadora Enf^a Carla Ferraz por toda a disponibilidade e amizade.

A todos quantos me apoiaram direta ou indiretamente na realização com sucesso do relatório de estágio de gestão em enfermagem.

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACeS POc – Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental
ACSS - Administração Central Do Sistema De Saúde
CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico
CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CS – Centros de Saúde
DR – Diário da República
DCCSP – Departamento de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários
EFQM - European Foundation for Quality Management
IQS – Instituto da Qualidade em Saúde
ICN – International Council Of Nurses
IDT - Instituto da Droga e Toxicodependência
ISI - Interlocutores dos Sistemas de Informação
MDCSE - Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem
MCSP- Missão para os Cuidados de Saúde Primários
NCJR - Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
OMS - Organização Mundial de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNS - Plano Nacional de Saúde
PQCE – Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
RPCEG – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
USF – Unidade de Saúde Familiar
UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USP – Unidade de Saúde Pública
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
UAG - Unidade de Apoio à Gestão
USF SJP – Unidade de Saúde Familiar São João do Porto
UF – Unidades Funcionais

RESUMO

O contexto de crise económico financeira e social que define a conjuntura de todo o mundo, afeta os Sistemas de Saúde e as Organizações de Saúde tanto públicas como privadas. Impõe-se que os sistemas de saúde respondam com maior rapidez e eficiência aos novos desafios. A Qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde desenvolve-se em vários eixos, sendo os programas de melhoria contínua assumidos como um fator determinante na excelência das unidades de saúde.

Os serviços e organizações exigem competências de gestão específicas dos seus responsáveis, e o Enfermeiro Gestor pode dar contributos significativos na área da Gestão em Enfermagem e em Saúde. A Ordem dos Enfermeiros recentemente aprovou o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, que indicou um conjunto de competências que orientaram o estágio realizado.

O Estágio de Gestão em Enfermagem no Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental (ACeS POc) foi local privilegiado para desenvolver na prática as competências que emergiram da parte teórica do mestrado. O estágio permitiu adquirir competências específicas para a Gestão das Unidades de Saúde em Enfermagem tendo por base o domínio das competências acrescidas do Enfermeiro Gestor, definidas no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, em gestão e em assessoria de gestão.

Deste modo, foi desenvolvido o Programa “Qualidade da Gestão em Enfermagem” constituído por dois projetos denominados: “Qualidade na Gestão de Recursos Humanos” e “Qualidade e Segurança dos Cuidados”. O programa surge após o diagnóstico de situação do ACeS POc, e uma das suas unidades funcionais, a USF São João Porto, que determina a necessidade de investir nas áreas de gestão de recursos humanos e na implementação de programas de melhoria contínua em áreas da gestão de risco, através da melhoria dos registos e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão das UCC.

O resultado das atividades desenvolvidas durante o estágio traduz-se na realização dos documentos de suporte para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da organização e da gestão do ACeS POc.

Palavras Chave : gestão, enfermagem, saúde, qualidade, melhoria contínua.

ABSTRACT

The economic, financial and social context that defines the situation around the world, have an affect on health care systems and healthcare organizations, being public or private. It is necessary that a healthcare system responds more quickly and effectively to new challenges. Quality of service and healthcare develops in several axes, being the continuous improvement program assumed as a crucial factor in the excellence of health care units.

Services and organizations require specific management skills of the responsible persons, and the nurse manager can give significant contributions in the field of nursing and health care management. Recently, Ordem dos Enfermeiros approved the “Regulation of Nurse Manager Profile Skills”, which indicated a set of skills that guided the internship.

The internship in nurse management at Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental (ACeS POc) was a privileged place to apply in practice the emerged skills from theoretical classes in master’s degree. The internship allowed to acquire specific skills for management of healthcare units in nursing, based in the field of expertise of the nurse manager, as defined in the “Regulation of Nurse Manager Profile Skills”, and in general management and management advice.

So, it was developed the program: “Quality Nursing Management”, build by two projects: “Quality in Human Resource Management” and “Quality and Safe of Care”. This program comes after the diagnosis of situation at ACes POc and USF São João Porto, one of their functional units, which prescribe the need to invest in the areas of human resource management and implementation of continuous improvement programs in areas as risk management, improving records and quality monitoring in organization and management of UCC.

The results of practices developed during the internship are translated in supporting documents for the continuous improvement of care quality, organization and management of ACEs POc.

Keywords: management, nursing, health, quality, improvement.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. GESTÃO EM ENFERMAGEM E OS PADRÕES DE QUALIDADE	17
1.1 Gestão de Cuidados de Saúde Primários em Portugal	27
2. GESTÃO NO ACeS PORTO OCIDENTAL.....	41
2.1 Caracterização do ACeS Porto Ocidental	47
2.2 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar São João do Porto	61
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ACeS PO E USF SJP	69
4. PROGRAMA “ QUALIDADE NA GESTÃO EM ENFERMAGEM”	77
4.1 Projeto “ Qualidade na Gestão de Recursos Humanos”	78
4.2 Projeto “Qualidade e Segurança dos Cuidados”	81
5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	85
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	119

Anexo I – Cronograma de Atividades

Anexo II – Horário de Enfermagem

Anexo III- Escalas mensais da equipa de enfermagem USF SJP

Anexo IV - Plano de Férias de 2015 da USF SJP

Anexo V - Plano de Formação Interno de 2015 da USF SJP

Anexo VI - Plano de Acompanhamento Interno em 2015

Anexo VII - Procedimento de Melhoria Contínua da Qualidade dos Registos na Prevenção das Úlceras de Pressão ACeS PO

Anexo VIII - Grelha de acompanhamento interno da qualidade das Unidades de Cuidados à Comunidade

Anexo IX - Contratualização para o ano de 2015 da USF SJP

Anexo X - Procedimento da Prática Tutelada em Enfermagem USF SJP

Anexo XI - Procedimento de integração de novos elementos USF SJP

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Novo modelo organizacional dos CSP (excluindo as ULS).....	28
Figura 2 - A Reforma de 2005 dos CSP	29
Figura 3 - Organograma dos ACES.	40
Figura 4 – Distribuição geográfica do ACeS Porto Ocidental	44
Figura 5 – Pirâmide etária dos cidadãos inscritos no ACeS POc	47
Figura 6 – Estrutura organizacional dos ACeS.....	48
Figura 7 - Diagrama com as oito componentes essenciais da Governação Clínica.....	50
Figura 8 - Pirâmide etária cidadãos inscritos na USF SJP.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Indicadores de desempenho 2014 ACeS POc	56
Quadro 2: Indicadores contratualizados USF São João do Porto USF SJP para 2015.....	61
Quadro3: Análise SWOT da Gestão em enfermagem do ACeS POc.....	69

INTRODUÇÃO

A crise económica e financeira que atravessa toda a Europa e mundo assim como o escasso crescimento das economias de muitos países faz prever, que num futuro muito próximo, os governos sejam obrigados a introduzir novos mecanismos de contenção ao nível da despesa pública, com repercussões na alocação de recursos para a saúde.

Sabemos que o nível sócio económico dos cidadãos, associado a outros fatores como os estilos de vida e o ambiente em que se inserem, os níveis de educação, são determinantes fundamentais do estado de saúde dos indivíduos e das comunidades. O acesso aos cuidados de saúde de qualidade é em si mesmo também um determinante da saúde das populações.

Num contexto de crise, que está a afetar a coesão social em muitos países, reduzem-se naturalmente as opções de escolha dos cidadãos, e consequentemente aumenta a procura dos serviços públicos. Os princípios de equidade, solidariedade assumem, neste contexto, particular relevância tendo que a atividade dos países, promover a intervenção multisectorial de forma a garantir uma cobertura universal.

Desta forma, impõe-se que os sistemas de saúde respondam com maior rapidez e eficiência aos novos desafios. As estratégias para mitigar o impacto da crise devem ser encaradas como oportunidades de reforma dos sistemas de saúde desenvolvendo uma atividade em função das necessidades das populações e das expectativas sociais com uma orientação mais centrada no cidadão, que potencie a obtenção de ganhos em saúde e a criação de valor.

No que diz respeito ao Sistema de Saúde Português, este assenta em princípios como a universalidade e acessibilidade, promovendo a equidade. “A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade...” e “O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”. (D.R., Lei nº48/90, p. 2)

No contexto de instabilidade e complexidade crescente onde as organizações estão inseridas, torna-se preponderante o papel da gestão sendo o caso específico da Gestão de Serviços de Saúde um sector muito específico. A Gestão em Saúde tem que criar mecanismos adequados às suas estratégias e ao mercado em constante mudança.

A responsabilidade de uma gestão adequada com resultados mais competitivos e atrativos é dos diversos líderes. Assim, as competências de gestão desempenham um papel

decisivo e dependendo da organização e da função em causa, é importante determinar as competências adequadas ao melhor desempenho.

A gestão dos serviços de enfermagem tem-se vindo a evidenciar como parte do exercício dos enfermeiros, que demonstram preparação para na sua prática clínica em contexto hospitalar, cuidados de saúde primários ou cuidados continuados e integrados, avaliar as necessidades dos utentes e organizar as respostas necessárias de acordo com os princípios científicos da Gestão e da Enfermagem.

A legislação da gestão em serviços de saúde tem tido alterações decorrentes das mudanças na administração e gestão pública, o que se reflete no exercício da gestão em enfermagem.

“O Decreto-Lei nº 122/2010, de 11 de novembro, nº 3 do artigo 4º, determinou que a composição, as competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem, em cada uma das instituições de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde, são regulamentadas por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças, Administração Pública e Saúde.” A Portaria nº 245/2013 de 5 de agosto “vem regulamentar a direção de enfermagem, designadamente, a sua composição, as respetivas competências e forma de funcionamento”. (DR, Portaria nº 245/2013, p. 4617)

O artigo 4º da mesma portaria refere que “a Direção de Enfermagem prossegue atribuições de apoio à definição das políticas de organização e prestação dos serviços de enfermagem.” (DR, Portaria nº 245/2013, p. 4617)

Embora se verifique algum retrocesso na carreira de enfermagem com a extinção do enfermeiro chefe e supervisor assim como de outras categorias, a Ordem dos Enfermeiros reforça a necessidade do exercício da gestão em enfermagem ao aprovar em dezembro de 2014, em assembleia da Ordem dos Enfermeiros, as competências do Enfermeiro Gestor no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor.

Verifica-se a crescente preocupação com a qualidade na produção de serviços, e em especial na prestação de cuidados de saúde. Numa sociedade em que o desenvolvimento industrial e a globalização aumentaram a concorrência, a qualidade dos serviços é determinante para satisfazer as expectativas dos utentes, que são, cada vez mais, fundamentais em todo o processo de administração pública.

“A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.”(OE,PQCE, 2001, p. 4)

As grandes alterações ocorridas nos cuidados de saúde primários ao longo dos últimos anos, no que respeita a aspetos de organização funcional, fizeram com que sejam reconhecidos como o pilar central do sistema de saúde, uma vez que constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde.

Os novos Modelos de Gestão dos Centros de Saúde conferem autonomia técnica, administrativa e financeira esperando uma maior eficiência interna, passando a ser estruturas descentralizadas, cujo funcionamento assenta em equipas multidisciplinares mais adequadas à realidade.

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde cuja missão é a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Dessas unidades funcionais fazem parte as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e a Unidade de Apoio à Gestão (UAG).

A criação das Unidades de Saúde Familiar veio acrescentar qualidade na prestação de cuidados aos clientes em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo inquestionáveis os avanços nas várias dimensões da qualidade tais como a satisfação dos clientes e dos profissionais.

O Estágio de Gestão em Enfermagem foi realizado no Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental (ACeS POc), no período de 29 de setembro de 2014 até 24 de janeiro de 2015. As atividades desenvolvidas foram de encontro ao diagnóstico de situação que identificou as necessidades prioritárias no âmbito da gestão nas unidades que compõem o ACeS POc. Algumas das atividades desenvolvidas serão especificamente dirigidas à Unidade de Saúde Familiar São João do Porto (USF SJP), uma das unidades funcionais do ACeS POc, dado ser a unidade onde exerço funções, e devido às prioridades que foram encontradas ao longo dos estágio, foram substituídas atividades previstas no projecto de estágio por outras consideradas mais pertinentes pelos responsáveis da gestão do ACeS POc.

O ACeS POc registava em junho de 2014 o número de 183.640 cidadãos inscritos, distribuídos pelas 12 freguesias que o compõem. É constituído por várias Unidades Funcionais: dez Unidade de Saúde Familiar (USF); três Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC); uma Unidade de Saúde Pública (USP); uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e três Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). A USF São

João do Porto, tinha, em Janeiro de 2015 apresentava 17.807 utentes inscritos, distribuindo-se por um total de 229 freguesias, maioritariamente do distrito do Porto e Norte de Portugal.

O estágio foi planeado para adquirir competências específicas para a Gestão das Unidades de Saúde em Enfermagem tendo por base o domínio das competências acrescidas definidas do Enfermeiro Gestor, definidas no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor que são a gestão e a assessoria de gestão (OE,2014, RPCEG, p.2).

O conhecimento adquirido permitiu desenvolver competências na prevenção, planeamento, liderança e estratégia operacional que potenciou a eficiência e eficácia da Administração e Gestão em Enfermagem.

Os objetivos gerais do Estágio em Gestão em Enfermagem são aplicar os conhecimentos adquiridos durante o período teórico do MDCSE; adquirir conhecimentos sobre a gestão do ACeS POC e das várias unidades funcionais que o compõem; contactar com a realidade profissional desenvolvendo e aperfeiçoando capacidades e conhecimentos práticos na área de Gestão em Enfermagem das Unidades de Saúde; conceber e/ou participar em projetos de Gestão em Saúde e Enfermagem.

Os objectivos específicos do estágio são gerir horários, de forma a garantir dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade; concretizar o Plano de Formação Interno para 2015 da USF SJP; realizar o Plano de Acompanhamento Interno da USF SJP para 2015; efetuar grelha com indicadores para negociação de contratualização interna e externa da USF SJP, para 2015; participar em grupo de trabalho em gestão de risco na prevenção de úlceras de pressão em utentes dependentes, com elaboração de um Plano de Melhoria Contínua dos Registos da Escala de Braden para a Prevenção de Úlceras de Pressão; criar projeto para realizar Grelha de Acompanhamento Interno da qualidade das Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC), que fará uma avaliação interna destas unidades funcionais com vista a uma melhoria contínua da qualidade; dar continuidade ao processo de promoção da candidatura para a Acreditação de Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica da USF SJP.

O presente relatório está estruturado em quatro partes; a primeira em que farei uma breve contextualização teórica da Gestão em Saúde e em Enfermagem e da Gestão de Cuidados de Saúde Primários em Portugal tendo em conta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro Gestor. A segunda parte é a identificação e caracterização do local de estágio. Na terceira parte será descrito o diagnóstico de situação do ACeS PO e da USF SJP seguindo-se a descrição do programa, dos

respetivos projetos a realizar com a descrição das atividades realizadas durante o estágio tendo por base o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. A quinta parte do relatório é uma análise reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências em estágio com as condições facilitadoras e inibidoras desse percurso. Por último, as considerações finais com uma análise crítica do trabalho desenvolvido e do seu contributo para a formação pessoal e profissional.

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, e por se tratar de um processo de pesquisa e reflexão baseado na melhor evidência, foi analisado o estado da arte com revisão da literatura, de forma a elaborar este relatório assente num pensamento crítico e interrogativo.

Foi iniciado, realizando uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados existentes, assim como consulta de diversas obras, teses de doutoramento, dissertações de mestrado e artigos referentes à temática, com o objetivo de identificar o maior volume de documentos que permitam perceber a dimensão temática dos Padrões de Qualidade e da Administração e Gestão em Enfermagem.

No corrente período, exerço funções na Unidade de Saúde Familiar São João do Porto, que é uma das unidades funcionais que integra o ACeS POC, onde sou enfermeira de família e tenho funções de gestão, área pela qual tenho grande interesse e onde tenho investido parte da minha formação. Por esse motivo, penso ser indispensável formação de qualidade e específica na área de gestão para que se possam exercer as funções dessa natureza.

A opção pelo estágio assenta no propósito de adquirir no contexto da prática da gestão, no espaço e no tempo adequado, com profissionais com as competências consolidadas, o ajuste das aptidões necessárias para que no futuro possa exercer uma atividade de gestão mais eficaz, com maior confiança, maior disponibilidade e com um nível sempre elevado de qualidade e eficiência que me permita alcançar os melhores resultados no exercício da função.

É propósito deste relatório descrever de forma sucinta e explícita a experiência desenvolvida durante o estágio, caracterizando as áreas de intervenção, resumir o 'estado da arte' sobre a gestão de unidades de saúde especificamente em Cuidados de Saúde Primários, no contexto das deliberações institucionais e legais, elucidar sobre as competências a adquirir por parte do Enfermeiro Gestor e sintetizar o planeamento das atividades a desenvolver e das estratégias a adotar para alcançar resultados de excelência.

Depois de uma reflexão e no momento de redigir o relatório da atividade desenvolvida em estágio, conclui-se que a experiência de estágio se centrou na qualidade

em saúde pelo que se intitulou o relatório “ Padrões de Qualidade na Administração e Gestão em Enfermagem”, considerando que embora com uma visão alargada sobre a temática as linhas orientadoras para a decisão foram os padrões da qualidade.

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM E OS PADRÕES DE QUALIDADE

A gestão é a capacidade de avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento. (Escoval, 2003).

A qualidade em saúde está relacionada com a prática profissional quer ao nível de processos como de resultados, com a gestão organizacional e com a garantia de segurança do utente e dos cuidados obtida através da Certificação e/ou Acreditação. É uma tarefa da equipa multiprofissional e a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade reflete-se e reflete a melhoria dos cuidados prestados.

A gestão de serviços de Saúde assume nos dias de hoje um papel preponderante numa maior e melhor eficiência e qualidade dos cuidados prestados ao utente/cliente. A boa gestão de uma organização conduz a uma maior eficiência e existirá melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o factor económico. Para garantir a qualidade e o sucesso deve existir a partilha e divulgação da informação.

Gerir é a articulação de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, apurando custos com o objectivo de garantir qualidade dos serviços prestados. Para que a instituição atinja os objectivos que estão definidos é necessário organizar o espaço (cada atividade deve ter um local específico), o tempo (as atividades devem ser executadas no seu devido tempo, mediante as prioridades), o trabalho (organizar o trabalho na sequência mais adequada que permita uma maior eficiência e eficácia), as pessoas (cada pessoa deve ter as suas funções e responsabilidades), assim como os recursos financeiros (de modo a que a organização obtenha o maior rendimento possível).

Para Chiavenato (2002) a gestão de uma organização, leva a uma maior eficiência e existirá melhor adequação dos recursos disponíveis, tendo em consideração o factor económico. Para garantir a qualidade e o sucesso deve existir a partilha e divulgação da informação.

Desde sempre as organizações manifestaram preocupações com a qualidade. No entanto, em consequência da intensidade concorrencial, assegurar a qualidade dos produtos e serviços é, nos dias de hoje, uma poderosa arma de competitividade, enquanto fonte de diferenciação e garantia da sobrevivência económica e financeira das instituições. Hoje, os consumidores são mais exigentes e críticos, pelo que a garantia da qualidade, apesar de complexa, é um imperativo.

Tal complexidade resulta das diferentes percepções deste conceito. Ou seja, a percepção de qualidade, varia em razão dos agentes da cadeia industrial. Existem dimensões diferenciadas para a qualidade. Enquanto o produtor dá especial realce às características técnicas (aquelas que resultam da solução técnica encontrada), à garantia e gestão da qualidade e à assistência técnica, o consumidor está mais atento às características funcionais (aquelas que são diretamente úteis aos consumidores), à aparência estética, ao preço, ao ciclo de vida do produto e à segurança. (Rego, 2008)

A qualidade é considerada, atualmente, um termo bastante familiar, apesar de poder gozar de diferentes percepções e interpretações. O que se traduz em diferentes definições. Em linguística, qualidade deriva do latim *"qualis"*, que se traduz tal e qual as coisas de facto são. A subjetividade de interpretações a que se associa o termo qualidade torna difícil a sua interpretação. Isto é, ao mesmo tempo, a qualidade pode assumir diferentes definições e ter significados distintos em função das pessoas, das medidas de qualidade usadas e em razão do contexto em que está a ser considerada.

Numa linguagem mais comum, a qualidade assume muitas vezes os conceitos de "excelência", "extraordinário", "muito bom", o que dá especial ênfase aos modos subjetivos de perceber a qualidade. Porém, ainda que se possa afirmar que o conceito de qualidade tem uma forte componente subjetiva, por vezes é difícil de mensurar, em termos de controlo, de garantia e de gestão de qualidade, é fundamental assegurar que esta seja tanto quanto possível objetivada e quantificável. Caso contrário, o controlo de qualidade será bastante difícil de realizar.

Deste modo, quando se refere o termo de qualidade importa realçar que este pode ser perspectivado em quatro dimensões distintas : qualidade da concepção, enquanto projeto, o produto e/ou serviço deve incorporar as necessidades e expectativas do consumidor; qualidade da fabricação e/ou prestação, o produto e/ou serviço deve estar conforme as especificações; qualidade na utilização, o produto e/ou serviço cumpre as funções para as quais foi concebido; qualidade relacional enquanto eficácia da rede interna de contatos com os clientes. (Rego, 2008)

Ou seja, para que exista gestão de qualidade, esta deve ser definida e especificada de acordo com estas dimensões. Nesta perspectiva, a qualidade inicia-se com um processo de identificação das necessidades do consumidor e por sua vez a definição das tarefas e funções que o produto e/ou serviço deve cumprir (produto virtual), seguindo-se um processo de busca e identificação da melhor solução técnica (produto real). Ou seja, entre o que se define como características técnicas e características funcionais do produto e/ou

serviço existem vários níveis de necessidades a satisfazer, isto é, vários níveis de qualidade, pelo que se pode concluir que a qualidade absoluta não existe.

O conceito de qualidade foi evoluindo ao longo do tempo. De facto, a evolução de uma sociedade industrial para uma sociedade do conhecimento e da comunicação, também se refletiu nesta dimensão da gestão. Se é verdade que numa era industrial o objetivo nuclear era a observância de conformidade das características do produto através de atividades de inspeção complementadas com um controlo estatístico, hoje predomina a garantia da qualidade, através do cumprimento de normas, e o conceito de qualidade total. (Rego, 2008).

Apostar na qualidade total é uma estratégia competitiva, é uma estratégia global de gestão para a organização. Mais do que inspecionar as falhas e depois corrigir (abordagem tradicional), está em causa uma melhoria contínua das atividades, uma aposta no planeamento e, portanto, uma mudança de cultura organizacional. É reforçada a ideia de que a qualidade total é fonte de competitividade e diferenciação.

O conceito de qualidade evidencia a existência de objetivos prioritários distintos em cada uma das fases: inspeção (medir comparar e verificar); o controlo da qualidade (monitorizar através da análise dos desvios e corrigir conforme as especificações definidas); a garantia da qualidade (definir atividades planeadas e sistemáticas que garantam de modo integrado que a qualidade desejada está a ser alcançada); a gestão da qualidade (engloba a garantia da qualidade); e a qualidade total (focalizar na satisfação do cliente). Trata-se de uma evolução das práticas associadas à implementação da qualidade. (Rego, 2008)

Na era industrial o objetivo nuclear da qualidade era a observância de conformidade das características do produto através de atividades de inspeção complementadas com um controlo estatístico enquanto que hoje predomina a garantia da qualidade, através do cumprimento de normas.

A dificuldade de definir a qualidade está no fato de ser um conceito não estático e passível de diversas interpretações. Mezomo, 2001 refere que existem três aspetos a ter em conta na definição da qualidade: a missão (objetivos da instituição), os serviços (produtos) e a satisfação do cliente.

A qualidade é “a adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes.” (Mezomo, 2001, p.111)

Em situações de mercado imperfeito, como a saúde, existem sérias reservas sobre uma concepção de qualidade que repousa sobre a vontade esclarecida dos clientes,

nomeadamente quando efetivamente debilitados pela doença que motiva a procura de cuidados de saúde.

A evolução do conceito de qualidade em saúde assenta na preocupação com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes nos serviços de saúde, indo de encontro às expectativas dos mesmos e acompanhando o desenvolvimento das sociedades. Florentim, et al (2006, p. 15) refere que “ a preocupação acerca da temática da qualidade em serviços de saúde tem sido, nos últimos anos, uma prioridade para os gestores e profissionais de saúde em geral. Deste modo, a gestão pela qualidade total assume, cada vez mais, um papel fundamental na saúde. Assim, esta filosofia de gestão caracteriza-se, essencialmente, pela focalização nos utentes e pela excelência, efetividade e eficiência dos serviços.”

A qualidade em saúde é definida com base em alguns atributos dos cuidados de saúde: eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esta envolve distintas dimensões pelo que não pode ser definida apenas pelos doentes ou apenas pelos profissionais de saúde.

A qualidade em saúde tem algumas características que a diferenciam dos restantes sectores e segundo Pisco et al (2001,p.43) elas resumem-se a “ satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais; é proactiva para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado; tem de reunir integradamente, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.”

A Gestão da Qualidade Total, perspectivada como promoção da melhoria contínua da qualidade nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, é cada vez mais um imperativo. Numa lógica de mercado, visível no sector da saúde, é fundamental a aposta na qualidade. (Pisco, 2001)

Reconhecido que a nível institucional é cada vez mais importante a obtenção de níveis aceitáveis de qualidade fala-se então de certificação e de acreditação de instituições de saúde por determinadas entidades autorizadas para o efeito. A certificação de saúde é importante dado que transmite um sinal de que a organização em causa está a operar em consonância com regras e normas estruturadas de acordo com o princípio da gestão da qualidade total.

Numa estrutura socioeconómica cada vez mais competitiva, onde o cliente/utente procura satisfação nos serviços que adquire ou usufrui, as organizações devem adequar os seus produtos/serviços a critérios de qualidade que satisfaçam as normas instituídas, se as houver, e correspondam às expectativas ou necessidades de quem os adquire, ou consome.

A contínua evolução e diferenciação do serviço prestado, assente na qualidade, pode ser a única garantia futura da eficácia e eficiência económica e financeira das organizações, numa sociedade em que os consumidores obtêm cada vez mais informação e exigem melhor e mais qualidade nos produtos que adquirem e/ou usufruem, de forma a sentirem satisfação.

Os Serviços Públicos têm características próprias que os diferenciam, no entanto as suas características intrínsecas são comuns a todos os serviços, são imateriais, impossíveis de armazenar ou gerir existências, são de produção e consumo em simultâneo e estão dependentes de uma interação inevitável entre o cliente e a pessoa que providencia o serviço, o que lhe dá uma qualidade heterogénea, possível de superar pela melhoria da interação com o cliente, procurando homogeneizar a qualidade com uma aposta clara em áreas de formação, coaching e numa standardização de serviços. Apostar em mobilizar as lideranças em ações de envolvimento de todos os intervenientes no processo.

A qualidade do serviço deve assim ser dimensionada na perspectiva dos interesses de uma administração, nas suas limitações orçamentais que a programa, onde a componente de investimento público deveria ser prioritária, que têm que estar em sintonia com os interesses dos clientes, focada na qualidade do Serviço percebida, que confirma a satisfação do cliente, formulada a partir da soma do Serviço esperado e do Serviço percepcionado pelo cliente.

Biscaia (2000, p. 10) afirma que devem ser prestados aos utentes cuidados de saúde com a máxima qualidade e “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos.”

Para formular a dimensão desta qualidade é importante as necessidades dos clientes, no ‘passa palavra’, hoje identificada nos fenómenos de comunicação global como o Facebook e o Twitter, as necessidades pessoais de cada um dos clientes, a experiência anterior, fundamental para superar as adversidades e a comunicação externa, a forma com todo o serviço é comunicado.

A qualidade pode ser avaliada pelos clientes naquelas que são as características intrínsecas ao mesmo, como a ‘tangibilidade’ (avalia se o serviço está a ser bem compreendido), a ‘fiabilidade’ (relacionada com a performance do próprio serviço, os resultados estão de acordo com o previsto), a ‘rapidez’ (baseada no princípio de eficiência de ação), a ‘competência’ (na forma como é executado o serviço), a ‘cortesia’ (urbanidade e cordialidade no trato de cada cliente/utente), a ‘acessibilidade’ (facilidade de aceder e beneficiar do Serviço) e a ‘comunicação’ (capacidade dos Serviços comunicarem com os

clientes, o que hoje se revela uma área de forte investimento futuro, dado que rareiam nestas organizações profissionais altamente qualificados para uma função vital de todas as atividades). São ainda nomeados elementos como a credibilidade, segurança (física e sociológica), compreensão e apoio físico (estrutura) para a avaliação da qualidade do serviço percebida. Mas a 'credibilidade' pode ser considerada na 'competência', a 'segurança' e o 'apoio físico' na 'acessibilidade', e a compreensão em todo o processo de 'comunicação'.

De acordo com o referido, Pereira (2003, p. 3) afirma que "para qualquer utente é fundamental percepcionar a qualidade."

Segundo o modelo European Foundation for Quality Management (EFQM) que enfatiza a liderança, a melhoria contínua e a satisfação do cliente, a auto avaliação permitirá identificar onde e como se deve atuar para a melhoria da qualidade, envolvendo todos os intervenientes num modelo de melhoria contínua dos processos, através de duas partes essenciais: os meios e os resultados. Os meios assentam numa liderança, política e estratégia, gestão de pessoas e de recursos de forte envolvimento e responsabilidade partilhada para um objetivo comum. Quanto aos resultados, cujo patamar desejado é a satisfação de todos os envolvidos, nos clientes, avaliando a eficiência, formação, comunicação e desenvolvimento de ações que resolvam situações resultantes de reclamações, nos colaboradores, o impacto na sociedade, em função das expectativas e necessidades identificadas e os resultados obtidos (financeiros ou não) em função dos objetivos iniciais.

A ética deve servir de estrutura arquitectónica a todas as dimensões da relação de uma administração com os seus clientes. Podemos sintetizar as ideias de igualdade/equidade e honestidade na súpula de um conceito, transparência. Os serviços devem ser claros nos seus propósitos, os clientes devem ser claros nas suas necessidades e nas suas expectativas, e colaborarem num objetivo comum, a satisfação pela qualidade.

Existem inúmeros métodos de avaliação do grau de satisfação obtido pela qualidade percepcionada. Todas as metodologias de investigação, nas suas dimensões quantitativa ou qualitativa, serão válidas para aferir resultados. Cada uma delas, necessariamente, implica um patamar diverso da amplitude desejada desses mesmos resultados.

Escutar e registar a opinião do cliente é o método mais imediato de avaliação que pode ter uma dimensão mais formal através do uso do sistema 'de queixas e sugestões' (que deveria eliminar o termo 'queixas' para 'opinião').

Outra forma de avaliação proposta é a realização de inquéritos, cuja validade está dependente de pressupostos estatísticos claramente definidos e são sempre intrusivos podendo levar os participantes, na dúvida dos seus propósitos a evitarem a ‘transparência’. No entanto, a elevada quantidade de ‘informação’ que produzem pode e deve ser utilizada para a produção da qualidade ‘programada’.

Um dos principais objetivos do IQS é adaptar os cuidados de saúde às expectativas dos utentes e “ já não basta fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível.” (Pisco, et al 2001, p. 44)

Não importa apenas recolher a informação ou avaliação, é necessário processá-la, reiniciar o ciclo, porque a qualidade tem um carácter evolutivo, não estando, por isso, nunca concluído. Fazer desta o motor da intervenção em toda a estrutura de funcionamento do Sistema que o torna dinâmico, proactivo, evolutivo e eficaz, construindo um nível de qualidade que continuamente se torna mais exigente, mais ambicioso, mais profícuo, mais rentável, mais eficiente. Pereira (2003, p. 3), numa entrevista ao IQS, refere que a “ qualidade é a ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde”.

Tal como já referido, e segundo Luís Pisco (2001,p. 43), a qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros sectores : é orientada para as necessidades, e não simplesmente para a procura, é proactiva para prevenir e dar resposta, tendo que reunir em conjunto com atributos como a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade.

Heater Palmer define a qualidade como “um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais óptimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos”.(Pisco, 2001, p. 43)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como componentes da qualidade dos cuidados de saúde o elevado grau excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os utentes, satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos. “O objetivo último de um sistema de qualidade é a melhoria contínua da qualidade em saúde.” (Pisco, 2001, p. 43)

Luís Pisco (2001), afirma que nas diferentes formulações da qualidade encontra-se pontos comuns sendo identificadas as dimensões da qualidade – a acessibilidade e a equidade, a eficiência e a efetividade, a satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais- e as componentes da qualidade – os resultados e os processos que os

determinam- surgindo a melhoria contínua da qualidade com mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados – sistemas de qualidade para o desenvolvimento da mesma.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 define como um dos eixos estratégicos para o Sistema de Saúde a qualidade em saúde. Refere que o acesso aos cuidados de saúde com qualidade é um direito fundamental do cidadão.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade. (OE, PQCE,2001).

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu, em dezembro de 2001, o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem a base padronizada da qualidade dos cuidados que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. O documento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) constitui um referencial segundo o qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem encontram-se integrados num Programa, definido pelo Conselho de Enfermagem, e que se inscreve no âmbito da atribuição da Ordem dos Enfermeiros definido no Artigo 3º do respetivo Estatuto, de “promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população”.(O E, 2002,p.2)

Na lógica da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão, com a criação do Programa de PQCE, e na busca de tornar as organizações de saúde mais eficientes e com cuidados de excelência, insere-se uma gestão em enfermagem com mais qualidade.

Por outro lado, sabemos que o contexto de mudanças nas políticas de saúde conduziu a que as condições de trabalho e a satisfação dos enfermeiros se deteriorassem fortemente nos últimos anos. A participação nos processos de tomada de decisão foi extremamente reduzida, limitando-se muitas vezes a lidar com decisões que foram tomadas por outros.

O enfermeiro gestor tem que gerir diversas unidades, assegurar a qualidade dos cuidados prestados, motivar o pessoal, manter a moral, promover a mudança, mobilizar um grupo de profissionais para trabalharem através da concretização de objetivos, servir de ligação entre a gestão técnica e administrativa e os restantes profissionais, gerir o conflito,

serem flexíveis e gerar abordagens criativas para a resolução de problemas, tudo isto num contexto de contenção de custos e escassez de recursos.

O enfermeiro gestor tem vindo a desenvolver competências na área da Gestão em Enfermagem e em Saúde, e como líder do serviço, é responsável pela gestão dos recursos humanos, dos recursos materiais, e equipamentos que são disponibilizados para os cuidados dos utentes, garantindo a excelência da prática de cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros com funções de gestão devem preparar-se para enfrentar as constantes mudanças tecnológicas, organizacionais e humanas. Para tal, entre outras formas, uma será através do desenvolvimento das competências necessárias para um melhor desempenho da função de gestão em saúde.

Em Portugal, a nova carreira de enfermagem divide-se em duas categorias: a de Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal (Decreto-lei 247/2009 e Decreto-lei 248/2009, de 22 de setembro). As funções de gestão dos enfermeiros estão enquadradas na categoria de enfermeiro principal e também estão nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Lei nº 27/2002 e Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de agosto), na organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários (Decreto-Lei nº 298/2007, 22 de agosto e Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro) e no regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiares (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto). No regime jurídico da gestão hospitalar são descritas as competências do enfermeiro diretor e do enfermeiro chefe do serviço. Quanto à legislação sobre os CSP, os enfermeiros exercem funções de gestão como Vogal do Conselho Clínico dos ACeS e como coordenadores das UCC. Relativamente às USF as funções de gestão estão inerentes ao enfermeiro do Conselho Técnico, embora de forma pouco clara.

A Portaria nº 245/2013 de 5 de agosto “regulamenta a composição, as competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimento de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde.” (Portaria nº 245/2013, p. 4617)

O Artigo 4º da mesma portaria (p. 4618) refere que “A Direção de Enfermagem prossegue atribuições de apoio à definição das políticas de organização e prestação dos serviços de enfermagem.” O artigo 5º especifica as competências da direção de enfermagem.

Em seguimento das sucessivas reestruturações da carreira de enfermagem e da importância da definição das suas funções e competências no funcionamento do Sistema Nacional de Saúde torna-se emergente a regulamentação das competências do enfermeiro gestor com base na legislação e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (RPCEG) “é aprovado, por maioria com alterações, na Assembleia Geral Extraordinária de 12 de dezembro de 2014, após aprovação pelo Conselho Diretivo a 1 de dezembro de 2014. “

O preâmbulo do referido regulamento refere que “Considerando o determinado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 04 de setembro, no seu número 6, artigo 9º, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem...)” e que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela OE numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional.”

O RPCEG, define o perfil das competências do enfermeiro gestor sendo este “o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo A Organização dos Cuidados de Enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.” (RPCEG, p. 2)

O mesmo documento (p.2) define os domínios de competência acrescida do enfermeiro gestor como “a gestão e a assessoria de gestão”. Foi com base nas referidas competências e o descrito no RPCEG referente às mesmas que desenvolvi as atividades no estágio.

A procura de obter o melhor em condições excelentes e satisfazer as necessidades em saúde define uma cultura em é importante definir e estabelecer padrões de qualidade e agir em conformidade. Os padrões de qualidade devem existir para a prática dos cuidados em saúde e também para a gestão desses cuidados e da organização das instituições.

Tal como já foi referido anteriormente, a relação entre os cuidados de saúde prestados pelos profissionais de saúde e as necessidades e/ou expectativas dos utentes constitui um forte indicador de qualidade na avaliação da satisfação dos utentes. A OE reconhece este indicador no enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados,

que refere “Na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001 p. 13), através do respeito pelas crenças valores e especificidades de natureza individual.

Na gestão, com os novos modelos dirigidos para a defesa de um conjunto de princípios e valores de prestação de cuidados de saúde centrados no utente/família e com o objetivo de melhorar a acessibilidade, a qualidade no atendimento, o desempenho dos profissionais, a eficiência na utilização dos recursos, o desenvolvimento profissional e da equipa de saúde e a satisfação dos clientes, a qualidade é uma responsabilidade.

O enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem relativo à organização dos cuidados refere que “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”. (OE, 2001, p.18)

O enfermeiro gestor, de acordo com os PQCE e com o RPCEG, deve criar as condições necessárias para a avaliação da satisfação dos utentes , responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados prestados promovendo ações que visem a melhoria contínua da qualidade, estimular a formação contínua dos elementos da equipa, colaborar na avaliação dos cuidados e na criação de indicadores de gestão.

1.1 Gestão de Cuidados de Saúde Primários em Portugal

A viabilidade dos sistemas de saúde, como estão organizados, está ameaçada, sendo as preocupações atuais direcionadas para o financiamento. Cada vez mais se fala em sustentabilidade e eficiência dos sistemas de saúde, mas tentando manter princípios como a equidade, solidariedade e justiça social.

O Sistema de Saúde deve ser gerador e gestor de recursos capazes de proteger o cidadão, a família e os cuidadores informais, na promoção da saúde, prevenção da doença e no acesso aos cuidados de saúde, que incluem a reabilitação e os cuidados paliativos. Deve ainda desenvolver os serviços e intervenções com base em critérios de custo-efetividade e sustentabilidade, de forma a obter o maior retorno em ganhos em saúde e valor económico e social com os recursos disponíveis.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) caracterizam-se como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade.(Biscaia et al, 2008)

A reforma dos CSP está, indiscutivelmente, ligada à profunda reforma da

Administração Pública que se iniciou nas últimas décadas.

Esta surge num contexto de escassez de recursos públicos, enfraquecimento do poder público e avanço da ideologia de privatizar, surge o modelo empresarial se implantou no sector público. O New Public Management -Nova Gestão Pública - surge impulsionado pela emergência de teorias como o Public Choice nos EUA e o Modelo Neoliberal Hayekiano na Europa para dar resposta aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais. (Nunes, 2008, Araújo, 2000).

Através da combinação dos princípios que sustentam um sistema de mercado, com os instrumentos associados à gestão do sector privado, é possível aumentar os níveis de desempenho do sector público (Rego, 2008).

O conceito de “Nova Gestão Pública” surge neste seguimento com as reformas no sector da saúde quer a nível hospitalar como nos cuidados de saúde primários, baseando-se na introdução de mecanismos de mercado que promovam a competitividade, sempre na expectativa da melhoria do serviço para o cidadão, aumento da eficiência e flexibilização da gestão.

Contudo, a aplicação de teorias de mercado ao sector da saúde tem algumas particularidades, diferentes das leis tradicionais de oferta e procura (Rego, 2008).

O funcionamento perfeito de um mercado exige (Rego, 2008): conhecimento perfeito por parte do consumidor; liberdade de escolha o que traduz que o consumidor deve estar informado e ser capaz de decidir sozinho; Inexistência de externalidades (positivas ou negativas), ou seja, a inexistência da possibilidade de determinado agente impor custos ou benefícios a terceiros através do consumo ou produção de determinado bem, sem uma participação ativa destes; concorrência livre entre prestadores o que garante a eficiência de afectação de recursos; ausência de incerteza.

O mercado da saúde determina que o bem saúde, tem a natureza de um mercado imperfeito, tendo o Estado assumir uma posição preventiva e garantir a equidade e eficiência do sistema de saúde, com o objectivo de assegurar os direitos legítimos dos cidadãos aos cuidados de saúde.

No caso da saúde o consumidor, o utente, raramente é capaz de fazer escolhas informadas e delega no médico, o intermediário, as suas escolhas, sendo o consumo condicionado pelo prestador de cuidados, profissional de saúde. Além disso, os aumentos ou diminuições de preços não promovem necessariamente a alteração da procura (Rego, 2008).

Quanto às externalidades positivas, como por exemplo a vacinação que traduz um benefício social que supera o usufruído pelo próprio indivíduo, a sua importância ultrapassa a vertente económica (Rego, 2008).

O novo modelo de gestão assim como a reforma no sector da saúde, também tem repercussões na atividade dos profissionais das instituições, fruto das alterações no ambiente de trabalho, das alterações nas carreiras, dos métodos de avaliação, e na capacidade de prestação de cuidados com menos recursos, mas com melhoria da qualidade.

A carreira de enfermagem modifica-se no sentido de se enquadrar nos novos padrões de gestão pública e desta forma ter acesso à progressão profissional e diferenciação técnica.

A Organização Mundial de Saúde refere que é necessário um investimento acrescido nos cuidados de saúde primários para que os sistemas de saúde cumpram todo o seu potencial em benefício dos doentes (Atun, 2004).

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do Sistema Nacional de Saúde. Os Centros de Saúde constituem assim o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções na promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados de saúde. (Pisco, 2007) “ O Programa do XVII Governo Constitucional, na área da saúde, dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários, e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde.”(Pisco, 2007,p. 60)

A reconfiguração da organização dos CSP fez-se de forma gradual com alterações na legislação que culminaram na estrutura organizativa atual. Biscaia et al, 2008 descreve o desenvolvimento dos CSP em seis fases. A primeira fase desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975 com a constituição dos centros de saúde de 1ª geração seguida da fase de 1975 a 1982 com a institucionalização do Serviço Nacional de Saúde (Lei de Bases nº 56/1779, de 15 de Setembro) e do serviço médico à periferia e da carreira de medicina geral e familiar(clínica geral). De 1983 até 1994, a fase de centros de saúde integrados , chamados de 2ª geração seguido dos CS de 3ª geração com a introdução de modelos organizativos experimentais dos CSP entre 1995 a 2001. De 2002 a 2004 surge a fase da constituição de parcerias público privadas nos CSP. A fase a partir de 2005 até hoje caracteriza-se pela reorganização dos CSP com a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) com a extinção das sub - regiões de saúde.

Branco e Ramos (2001), também definem alguns períodos na evolução dos CSP em Portugal. Em 1971 são criados os primeiros CS, 1ª geração, associados à saúde pública incluindo atividades como a vacinação, vigilância da saúde da mulher, grávida e da criança, saúde escolar e ambiental. Em 1983 os CS foram integrados nos diversos postos dos serviços médico-sociais o que conduziu a uma maior racionalidade formal, mas não resultou numa melhoria na acessibilidade a consultas e visitas domiciliárias nem a programação de atividades com objetivos de saúde.

Em 1999, é publicado o Decreto-Lei nº157/99, de 10 de Maio, sobre os CS de terceira geração e os Sistemas Locais de Saúde, com uma sequência de experiências e o do início do regime remuneratório experimental (RRE). A estrutura organizacional preconizada é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes. As unidades teriam autonomia de gestão técnico assistencial, seria um centro de produção e de custos com compromissos-programa acordados anualmente.

Inicia-se a nova arquitetura dos CSP interrompida em 2002 pelo novo ciclo político e alteração legislativa dos CSP (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril), em que seria implementada uma organização em que os serviços públicos e privados integrariam uma única rede de serviços de saúde financiada pelo estado (Biscaia et al, 2008). Este processo termina em 2005 com a tomada de posse do novo governo com a revogação de referido decreto e o consequente início de um novo ciclo para os CSP

Em 2005, é criada na dependência direta do Ministério da Saúde a Missão para os CSP a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) pela Resolução do Conselho de Ministros nº86/2005, de 7 de Abril. Este Grupo Técnico seria responsável pela condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF com o objectivo de modernização dos CSP, flexibilização de organização e gestão, responsabilização das equipas através da contratualização e avaliação de desempenho. (Barbosa, 2010).

Com a reforma dos CSP pretende-se melhorar a acessibilidade, a proximidade e a qualidade dos cuidados de saúde aos cidadãos, a satisfação dos seus utilizadores e dos profissionais de saúde com a melhoria das condições de trabalho e de organização e pela introdução de incentivos que premeiem as boas práticas (Pisco, 2007).

A nova arquitetura organizacional dos Centros de Saúde (CS) assenta em duas componentes complementares: as Unidades de Saúde Familiares (USF) e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que substituem as Sub-Regiões de Saúde (Sakellarides et al., 2009).

A reestruturação dos Centros de Saúde surge através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com a introdução de um novo modelo de gestão e a implementação de governação clínica. Para a concretização e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das USF é criada, na dependência direta do ministro da saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

A reforma realizada pelo governo trouxe novidades no que diz respeito à organização dos cuidados de saúde primários, uma delas foi a descentralização relacionada com a criação dos ACES. Estes têm autonomia administrativa, sendo constituídos por várias unidades funcionais (UF), que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica. A criação das USF é voluntária, podendo os profissionais escolher a equipa, definir um plano de ação e têm autonomia organizacional e de gestão. Têm um conjunto de indicadores de desempenho que são contratualizados e alvo de uma avaliação dos resultados obtidos.

Com esta reforma pretende-se um aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade dos cuidados de saúde aos cidadãos e consequente aumento dos índices de satisfação dos utilizadores do serviço, assim como dos profissionais, através de melhores condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas. Ao mesmo tempo, tem que existir maior eficiência no serviço e ser promovida a contenção de custos.

A reorganização dos CSP orienta-se pelos princípios e valores de boa governação em que a ação é centrada nas pessoas, orientada para o cidadão, inclusiva de vontades e saberes, transparente nos processos de decisão, baseada na melhor evidência disponível e presenciando um quadro ético de responsabilidade social. (MCSP, 2006).

A reconfiguração dos centros de saúde em ACeS caracteriza-se por uma estrutura organizacional claramente diferente, mais complexa mas melhor adaptada às necessidades das pessoas e das expectativas dos profissionais.

É delineada uma estrutura com cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) e 74 ACeS assente em cinco tipos de unidades funcionais de serviços diferenciados e intra-articulados (Figura 1): as Unidades de saúde Familiar (USF) dirigidas à prestação de cuidados de saúde à pessoa e à família que promove a formação de equipas multidisciplinares para o desempenho de cuidados personalizados com um nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipa com compromisso de cooperação interprofissional com legislação própria mas livremente assumidos; as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) com dimensão idêntica à da USF composta por

médicos, enfermeiros e secretários clínicos que não integram USF, mas que depende hierarquicamente do Diretor Executivo do ACeS e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica; as Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC) que são unidades funcionais de cuidados organizados e orientados para grupos e ambientes específicos com atuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, numa área geográfica e em contexto domiciliário, mais direccionada na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde, em que o coordenador é um enfermeiro; a Unidade de Saúde Pública (USP) dirigidas à saúde populacional, ambiental e públicas sendo unidades orientadas para garantir o bem público, sendo observatórios da saúde local e de administração populacional assim como de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário, responsável pela realização de estudos populacionais, vigilância epidemiológica e exercício da função de autoridade de saúde; a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que dá apoio técnico-assistencial a todas as unidades, sendo uma unidade com recursos e competências assistenciais específicas para cada ACES (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais) cuja missão é a de apoiar as outras unidades funcionais; a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) de apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão é uma unidade de back-office que viabiliza o funcionamento adequado de toda a organização ACeS, dando todo o apoio logístico e burocrático em termos de gestão.

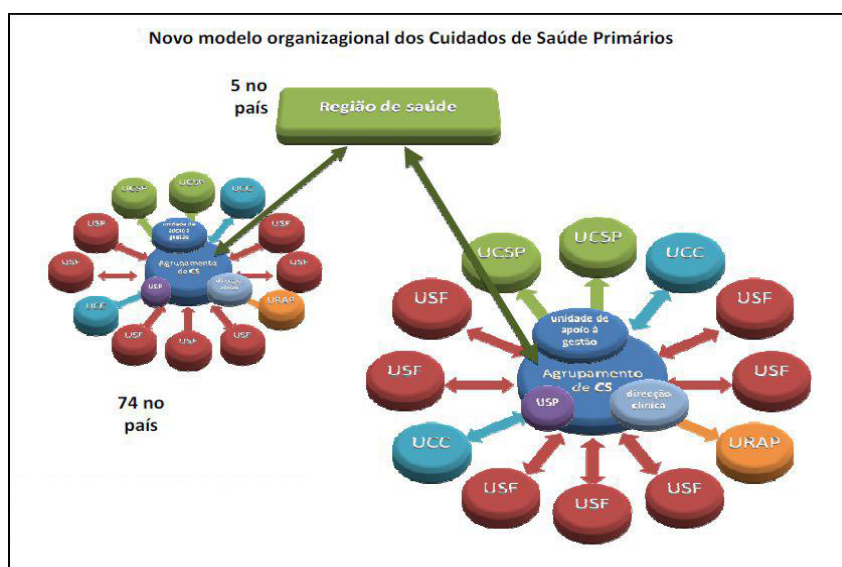


Figura 1 - Novo modelo organizacional dos CSP (excluindo as ULS) - Fonte: GRCSP, 2009

A reforma dos CSP está integrada nas mudanças da administração pública apoiada nas diretrizes de renovação do próprio sistema com benefícios tais como a diminuição de estruturas administrativas, a viabilidade financeira, a melhoria de acessibilidade e a qualidade da prestação dos cuidados (Figura 2). (Pisco 2007)



Figura 2 - A Reforma de 2005 dos CSP - Fonte: Pisco, 2007

Em 2010 terminam as funções da MCSP, com um novo modelo de governação da reforma de 2005 dos CSP assente em “ estruturas simplificadas, funcionais e flexíveis que se articulam com as estruturas formais de administração de saúde já existentes” (MS, 2010, p.1). São criadas três estruturas para apoiar este novo modelo, a coordenação estratégica, a coordenação nacional e o conselho consultivo com funções específicas atribuídas . (MS, 2010, p.2)

Este novo modelo de governação da reforma dos CSP “ deverá ter em especial atenção mecanismos adequados de articulação e cooperação interministerial no domínio do Plano Tecnológico e da Investigação”(MS, 2010, p. 6). Pretende-se, assim a constituição de projetos guia para a implementação de USF, UCC Conselhos para a Comunidade e recrutamento de mais profissionais de medicina geral e familiar. É também pretendido o desenvolvimento de iniciativas no domínio dos sistemas de informação, aperfeiçoamento nos aspetos de articulação das várias unidades funcionais do ACeS, medidas de descentralização e delegação de competências nas decisões da gestão do nível central para o nível local, da governação clínica e de saúde no sentido do seu desenvolvimento

Tal como descrito acima, a reorganização dos CSP em USF assenta na criação de unidades funcionais multiprofissionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, sujeita a contratualização interna e a cumprimento de objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade.

O processo de contratualização com as USF é um dos pontos fundamentais e de maior mudança na reforma dos CSP (DCARS, 2010). Os contratos permitem a alocação dos recursos com base em indicadores e medidas de desempenho, típicos de uma relação de mercado (Araújo, 2000).

A introdução da contratualização permitiu a mudança de paradigma da distribuição dos recursos que sendo, antes, distribuídos em função das necessidades apresentadas pelos serviços passaram a ser distribuídos através de contratos rigorosos, definido em função das necessidades da comunidade. Ao mesmo tempo, prevê a intervenção do cidadão no sistema de decisão e avaliação (Escoval, 2003).

A contratualização conjuga a separação funcional entre o financiamento e a prestação dos serviços e promove uma maior eficiência produtiva, económica e distributiva (Rego et al., 2010).

Nos países com sistemas de saúde baseados nos impostos, a contratualização transformou-se num dispositivo para as negociações de preço e qualidade, assim como para assegurar a maior colaboração dos prestadores.

A contratualização estabelece por negociação os objectivos, o modelo de monitorização de desempenho e de avaliação final, e permite que, neste caso, os cuidados prestados, seja orientada para as necessidades em saúde de uma população. Desta forma, a contratualização introduz mecanismos de correção no funcionamento dos sistemas de saúde contribuindo para uma maior equidade (Escoval, 2010).

Para que os benefícios decorrentes do processo de contratualização sejam efetivos é imperioso que as instituições implementem processos de contratualização interna com os seus departamentos, serviços e profissionais, de forma a promover um alinhamento cada vez maior entre os objectivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. (Matos et al., 2010).

Segundo o DCCSP (2014, p. 8) “ a contratualização com os cuidados de saúde primários é hoje uma cultura que está perfeitamente implementada em Portugal, constituindo-se como uma ferramenta que foi plenamente apropriada pelos profissionais que desempenham a sua atividade neste nível de cuidados. “

A gestão por objectivos das USF, através da negociação de metas tangíveis, corresponde a um maior nível de exigência e de responsabilização das equipas, com vista à

melhoria da prestação de cuidados de saúde, a maior eficiência e satisfação dos utentes (ACSS, 2014).

O processo de contratualização tem dois momentos: uma contratualização interna entre os ACES e as unidades que o constituem, da qual resulta a assinatura de uma Carta Compromisso e um segundo momento, a contratualização externa entre a ARS regional e os ACES, de que resulta um Contrato-Programa (ACSS, 2014).

A contratualização com as USF dos modelos A e B faz-se através da definição de metas a atingir que se traduz por um conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientados para ganhos em saúde (Afonso, 2010).

Os indicadores relacionam-se essencialmente, com utentes vulneráveis (crianças, grávidas) e de risco (diabéticos, hipertensos), com a acessibilidade dos cuidados, com a satisfação dos utentes e ainda com uma vertente económica focada no custo dos medicamentos e MCDT. Após a monitorização e a avaliação dos resultados resulta a atribuição dos incentivos financeiros anuais, calculados de acordo com as metas atingidas.

Os ACeS são um modelo organizacional caracterizado por uma hierarquia técnica com a formação de um Conselho Clínico com o presidente, o Diretor Clínico (médico de família, obrigatoriamente), um Enfermeiro que será Vogal do Conselho Clínico, um Médico de Saúde Pública e uma outra profissão como, por exemplo, um nutricionista ou psicólogo. O Diretor Executivo tem acesso a formação específica direcionada para as funções de dirigente que vai desempenhar.

Entre as atribuições do Conselho Clínico salienta-se a "avaliação da efetividades dos cuidados de saúde prestados, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (...). Apoiam o diretor executivo em assuntos de natureza técnico profissional e de gestão clínica, decidem sobre conflitos de natureza técnica, monitorizam o grau de satisfação dos profissionais e organizam as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação." (Pisco, 2010, p. 2847)

O ACeS assenta numa lógica de organizações flexíveis com uma gestão descentralizada com mecanismos que permitam de forma cíclica avaliar corretamente as necessidades, planeamento estratégico, e adequar às necessidades da população a prestação de cuidados. O desempenho do ACeS deve ser avaliado e monitorizado.

O quadro legislativo da reforma fica completo com a publicação do regime jurídico da organização e funcionamento das USF em agosto de 2007, assim como o regime de incentivos a atribuir aos elementos que integram as USF Modelo B. Também com o decreto lei que estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento dos ACeS e a legislação de todas as unidades funcionais, em fevereiro de 2008, completa o quadro

legislativo.

A utilização de um modelo estratégico na organização e gestão de um agrupamento de unidades funcionais ou de uma destas, promove o equilíbrio e a cooperação entre colaboradores levando a reduzir falhas e consequentemente a um melhor desempenho. É este que determina e revela o propósito organizacional em termos de Visão, Missão, Valores, Objetivos, Estratégias, Metas e Ações.

Com a descentralização administrativa, e a divisão em várias unidades autónomas, os ACeS, formam um conjunto de pequenas organizações que são interdependentes mas interligadas por um intenso sistema de comunicação.

Estas formas organizacionais mais flexíveis apresentam as seguintes características: baixo nível de formalização, multiplicidade de comando, estão baseadas em equipas e a comunicação ocorre basicamente nos sentidos horizontal e diagonal. Os modelos de gestão dos ACeS e das suas unidades funcionais, reclamam organizações criativas, inovadoras, dinâmicas.

A aposta na criação de USF é bastante positiva uma vez que possui uma resposta tangível ao que as pessoas consideram ser de primordial relevância: cuidados de saúde de fácil acesso e boa qualidade de atendimento. (GCRSP, 2009)

As Unidades de Saúde Familiar constituem unidades funcionais multiprofissionais (constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos), com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade. Representam um novo modelo organizacional, flexível, que se opõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. As funções de gestão e execução/ realização tendem a fundir-se ao nível operacional (Portaria no 1368/2007 de 18 de Outubro).

As USF têm a responsabilidade e a missão de “manter e melhorar o estado de saúde dos indivíduos por elas abrangidos, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sociofamiliares dos utentes”(Correia de Campos, 2008, p. 92)

As USF apresentam uma maior orientação para a competitividade e para a inovação e criatividade, sendo estas as instituições de saúde que evidenciam uma tentativa de rutura com a cultura tradicionalmente dominante nas instituições de saúde. (Neves 2012)

A cultura organizacional é um conjunto de práticas de comportamentos de um grupo de pessoas, tais como a maneira de pensar, agir e sentir, que foram adotadas e que obtendo bons resultados vão sendo transmitidas para gerações futuras. (Neves, 2012).

A cultura das organizações reflete o que é compartilhado pelas pessoas, sendo

constituída por padrões de comportamento funcionais e formada por práticas estabelecidas a partir da história de sucessos vivenciada pela organização. A cultura é a personalidade da organização e tem uma enorme influência do líder sendo o guia do pensamento e comportamento das pessoas e reflete as práticas e valores da cultura regional e nacional.

A cultura organizacional manifesta-se a três níveis : Artefactos (é tudo aquilo que percebemos nos primeiros contatos com a organização tais como a forma como as pessoas se vestem e falam, o ambiente físico de trabalho, a estrutura hierárquica entre outros) ; Valores (são princípios ou um conjunto de crenças essenciais, que servem de guia, ou critérios para os comportamentos, atitudes e decisões de todas as pessoas que no exercício das suas responsabilidades e com vista a atingir os seus objetivos, executem a missão na direção da visão. São o conjunto de princípios que estruturam a cultura e a prática da organização e pelos quais os colaboradores devem reger os seus comportamentos na organização. São exemplos de valores de uma organização, a ética, a satisfação total dos clientes, a melhoria continua, o trabalho em equipa entre outros); Pressupostos (é o nível mais profundo e inconsciente da cultura. São crenças profundas e inquestionáveis, compartilhadas pelas pessoas da empresa, que tornam a cultura perene e difícil de transformar). (Cunha, 2006)

No caso concreto da enfermagem, a rotura com uma cultura organizacional maioritariamente hierárquica, torna-se o caminho a seguir, no sentido de uma filosofia de inovação e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem cada vez mais preconizada e exigida, face a um novo modelo de sociedade, onde o conhecimento passou a ser o principal recurso económico.

“A enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem.” (ICN, 2008, p. 8)

“A prática de enfermagem constitui a essência fundamental dos cuidados de saúde primários” (ICN, 2008, p. 8). Nos CSP e consequentemente na reestruturação dos mesmos, o papel dos enfermeiros foi preponderante e de grande importância, tanto na gestão das unidades de saúde, pela colaboração em projetos como as USFs, na coordenação das UCCs e liderança em projetos na comunidade, na participação de estudos da população e da

comunidade nas USPs, assim como na gestão do ACeS pelo seu papel como Vogal de Conselho Clínico.

Além do seu papel na gestão das unidades funcionais dos CSP, os enfermeiros representam o principal grupo de profissionais de saúde, “promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde.” (ICN, 2008,p.17)

A gestão em enfermagem é essencial para a profissão no sentido em que administra e prevê os recursos humanos, materiais, físicos, tecnológicos e de informação necessários às unidades de saúde, especificamente aos serviços de enfermagem.

A importância do perfil de gestor do enfermeiro está cada vez mais evidente nos serviços de saúde, sendo a maioria das atividades no contexto da gestão está relacionada com as decisões (Trevizan, 1987)

Verifica-se que a tomada de decisões são o centro da prática da gestão. (Kwasnicka, 1989). Tomar decisões “ é um elemento crítico na vida organizacional. A decisão reside tanto na seleção adequada do problema como na escolha da alternativa correta”. Robbins, 2002,p.57). A tomada de decisão é a escolha de alternativas para obter uma solução melhor.

Para Stoner e Freeman (1999, p.182) definem a tomada de decisão “ como a identificação de um problema específico e escolha de uma linha de ação para resolvê-lo ou o aproveitar de uma oportunidade, dando forma aos planos estratégicos e operacionais de uma empresa”. Ou seja, não se trata apenas da resolução de um problema mas do aproveitamento de uma oportunidade inesperada.

Embora se verifique que ao longo do tempo o enfermeiro exerça funções de gestão de serviços de saúde, na maioria das instituições este profissional desempenha funções administrativas burocráticas, regidas exclusivamente por normas e rotinas da instituição, limitando o desenvolvimento cognitivo e o senso crítico do profissional. (Trevizan ,1987).

Ciampone (1991) refere que, em muitas das situações, os processos decisórios desenvolvidos são pouco fundamentados, baseados em hábitos ou rotinas situacionais, resultando em soluções simplistas, com sucesso apenas imediato. Lima e Pereira (2003), afirmam que o processo decisório está inserido no fazer do Enfermeiro.

O enfermeiro gestor nas mais diversas atividades executadas incorpora a forte influência da instituição e, na tomada de decisão, como representante dessa organização deve zelar e fazer valer os princípios institucionais. Apesar da estrutura organizacional das

instituições de saúde ser hoje mais flexível e menos burocrática verifica-se muitas vezes a imposição da instituição quanto ao cumprimento de suas, normas e demais regras institucionais, a hierarquia influencia diretamente a tomada de decisão.

Na estrutura organizacional dos serviços de saúde hoje em dia, tanto hospitalares como de CSP, embora o enfermeiro exerça funções de gestão, a maioria das situações no que refere a decisões de nível estratégico estão concentradas noutros profissionais mesmo que na prática sejam os enfermeiros a decidir.

Montana (1999) refere três tipos de decisões que diferencia pelos níveis de decisão. As estratégicas, são as que determinam os objetivos e propósitos da instituição como um todo, específicas e singulares, aplicadas em todos os níveis e departamentos de uma instituição. Geralmente são planeadas, organizadas e executadas pela direção da organização. As táticas são as decisões tomadas pela gestão intermedia. Estas expressam metas organizacionais de uma maneira departamental específica, e as operacionais são compreendidas como as operações diárias, planeadas a partir das decisões táticas.

Ao contextualizar estes tipos de tomada de decisão na gestão em enfermagem visualiza-se a Direção de Enfermagem executando as estratégicas; os Enfermeiros Principais, as táticas e, os Enfermeiros Generalistas, as decisões operacionais.

O que se verifica no contexto atual, e tendo em conta a evidente indefinição da carreira de enfermagem, é a inexistência de enfermeiros principais que embora previstos na legislação ainda não existem na prática por falta de concursos públicos. Desta forma, nas estruturas como, por exemplo, as USF não existe a figura do enfermeiro gestor dada a inexistência deste na legislação, sendo o enfermeiro do conselho técnico a assumir as funções de gestão mas não formalmente. Isto dificulta a sua atividade, traduzindo-se numa grande confusão de papéis o que leva a conflitos perfeitamente evitáveis.

Cabe ao conselho geral, equipa multidisciplinar das unidades funcionais do ACeS, em reunião e por votação determinar grande parte das normas e procedimentos. Apesar da organização das USF referir a inexistência de hierarquias, o coordenador, médico, que deveria ter um papel de moderador, muitos sem qualquer formação em gestão ou liderança de equipas, toma decisões impondo estas à equipa.

Penso e afirmo, pela vivência diária numa organização desta natureza e com a experiência de outras estruturas organizacionais, que ainda existe um longo e árduo caminho para a enfermagem na área da gestão em saúde. Depende da construção de uma enfermagem mais coesa e com a prática de gestão demonstrada pela evidência.

2. GESTÃO NO ACeS PORTO OCIDENTAL

A gestão da saúde é um conceito que abrange a gestão das organizações, a gestão da informação e a gestão clínica, envolvendo o político, o decisor e o profissional que presta cuidados diretos. “Em qualquer dos níveis, a gestão deve ser baseada na evidência e, também, no planeamento prévio, que estabelece prioridades, objectivos e atividades na área da saúde”. (Machado, 2007, p. 34)

Em CSP, o papel do gestor pode considerar-se privilegiado uma vez que tem uma abordagem à gestão integrada na prevenção da doença mais próximo do cidadão com maior envolvimento da sociedade civil, o que a torna alargada e abrangente. (Machado, 2007)

A reforma dos CSP levou à criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), novas estruturas com autonomia administrativa e um novo modelo de governação com enfoque na coordenação de equipas autónomas com relações de contratualidade interna. (MS, 2012; Ramos, 2009)

Os ACeS são as unidades de gestão compostas por um ou mais Centros de Saúde (CS) integrados nas ARS, IP (Institutos Públicos) ou em ULS (Unidades Locais de Saúde), E.P.E. (Entidade Pública Empresarial), responsáveis pela organização e integração de vários níveis de Cuidados de Saúde Primários (CSP), bem como de coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários e outros níveis de cuidados. (Pisco, 2007)

O estágio de Gestão em Enfermagem realizou-se em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) , mais especificamente, no Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental (ACeS POc) e na Unidade de Saúde Familiar São João do Porto (USF SJP), uma das unidades funcionais do ACeS POc. As atividades desenvolvidas contribuíram para adquirir competências na área de Gestão de Unidades em CSP.

Os ACeS utilizam um modelo estratégico de gestão que promove o equilíbrio e a cooperação entre os colaboradores, com vista a um desempenho que se traduza em ganhos em saúde da sua população. São organizações de grande complexidade, pela dimensão em recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos, assim como pela diversidade de unidades funcionais e população abrangida. (MS, 2008)

O gestor, como responsável pelo trabalho de uma determinada unidade organizacional, tem uma função importante no controlo dentro da organização, traduzido

no processo de tomada de decisões que inclui as atividades de delegação de funções, de alocação de recursos, de definição de metas, levar a cabo negociações, motivar profissionais, resolver conflitos e criar redes de informação e disseminação da mesma. (Mintzberg, 2009)

O novo modelo organizativo dos ACeS veio reduzir o enfoque nas hierarquias profissionais, a centralização e a autonomia individual, e criou estruturas baseadas em equipas para uma melhor comunicação, envolvimento dos profissionais nos processos de decisão e negociação de objectivos de desempenho (Lega & DePietro, 2005).

A estrutura organizacional dos ACeS assenta em pequenas unidades operacionais (artigo 10º do decreto-lei nº 157/98, de 10 de maio), entre elas as USF, as URAP, as UCC a USP e a UAG, com duas áreas de gestão, a Direção Executiva e a Governação Clínica.

Trata-se de um modelo organizativo, económico-financeiro e cultural centrado no utente e assente na eficiência da gestão. O modelo empresarial é um modelo de gestão por objetivos, em que as estruturas organizacionais passam de uma cultura de orçamento anual baseado em custos históricos para uma cultura de performance baseada na otimização da gestão. Através deste novo modelo pretende-se que a gestão seja inovadora e orientada para a obtenção de melhores resultados, encontrando-se sujeita a regras rígidas. Esta nova figura de CS fomenta melhores soluções organizativas e gestionárias, com a exigência de competência técnica, autonomia e responsabilização, pela utilização efetiva e eficiente dos recursos (Biscaia et al, 2008).

Estes novos modelos remetem para a necessidade premente de uma nova cultura organizacional. Trata-se, portanto, da implementação de uma cultura de gestão empresarial assente na responsabilização dos diferentes agentes envolvidos com o intuito de otimizar os recursos, combatendo o desperdício. O enquadramento organizacional e com estruturas de apoio dos ACeS permitem aumentar a qualidade dos serviços prestados maximizando os recursos.

A gestão dos ACeS assenta em cinco metas que definem o seu âmbito de ação: adequar e otimizar os recursos existentes introduzindo ferramentas de planeamento e monitorização, o que permite melhorar a qualidade do serviço, reduzir custos, racionalizar recursos e diminuir burocracia; introduzir a diferenciação técnica e a governação clínica; coordenar a atuação das unidades funcionais sem prejuízo da autonomia técnica e assistencial que se pretende que tenham estas unidades; introduzir a contratualização interna ; promover a identificação de necessidades em saúde das comunidades que servem e apresentar propostas de afetação de recursos, visando ganhos em saúde para a população (Pisco, 2007).

Entende-se por organização um conjunto articulado de indivíduos que atuam com a propensão de pressionar e moldar à sua forma a sua própria estrutura organizativa, idealmente definida segundo uma lógica de custo-benefício, levando-a a funcionar como sistema social. Esta tende a ganhar autonomia evoluindo e redefinindo-se em função da sua própria necessidade e equilíbrio. (Bilhim, 2006). Uma estrutura organizacional define-se como a forma pela qual as atividades de uma organização são divididas, organizadas e coordenadas. Os benefícios de uma estrutura adequada são a identificação das tarefas necessárias, a organização das funções e responsabilidades, as informações, recursos, e feedback aos colaboradores; medidas de desempenho compatíveis com os objetivos; condições motivadoras. (Bilhim, 2006)

Com a descentralização administrativa, a organização dos ACeS é dividida em várias unidades que formam um conjunto de pequenas organizações que devem ser interdependentes e interligadas por um intenso sistema de comunicação. Estas estruturas administrativas reportam à respetiva ARS que tem a responsabilidade de planificação e distribuição dos recursos, revelando-se como não autónomas quer em termos financeiros como de contratualização e de contratação de recursos humanos.

Os serviços de jurisdição de cada ACES são geridos por uma equipa composta pelo seu Diretor Executivo, um Conselho Clínico, o qual pode variar em número de membros, que representam diferentes grupos profissionais, e uma Unidade de Apoio à Gestão.

Cada ACES é composto por cinco unidades (Gráfico 3): Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), que prestam cuidados de Saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário; Unidade de Recursos Assistências Partilhados (URAP), que prestam serviços de consultoria e assistenciais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares; Unidades de Saúde Familiar (USF), que são pequenas unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que prestam cuidados de Saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica; e, Unidades de Saúde Pública (USP), que funcionam como observatórios de Saúde da área geodemográfica dos ACES; o gabinete do cidadão que gere as reclamações e sugestões ; o Conselho da Comunidade (Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fev. Artigo 32.º), um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES, que preside ; e a equipa de coordenadora local de cuidados continuados integrados (ECLCCI).

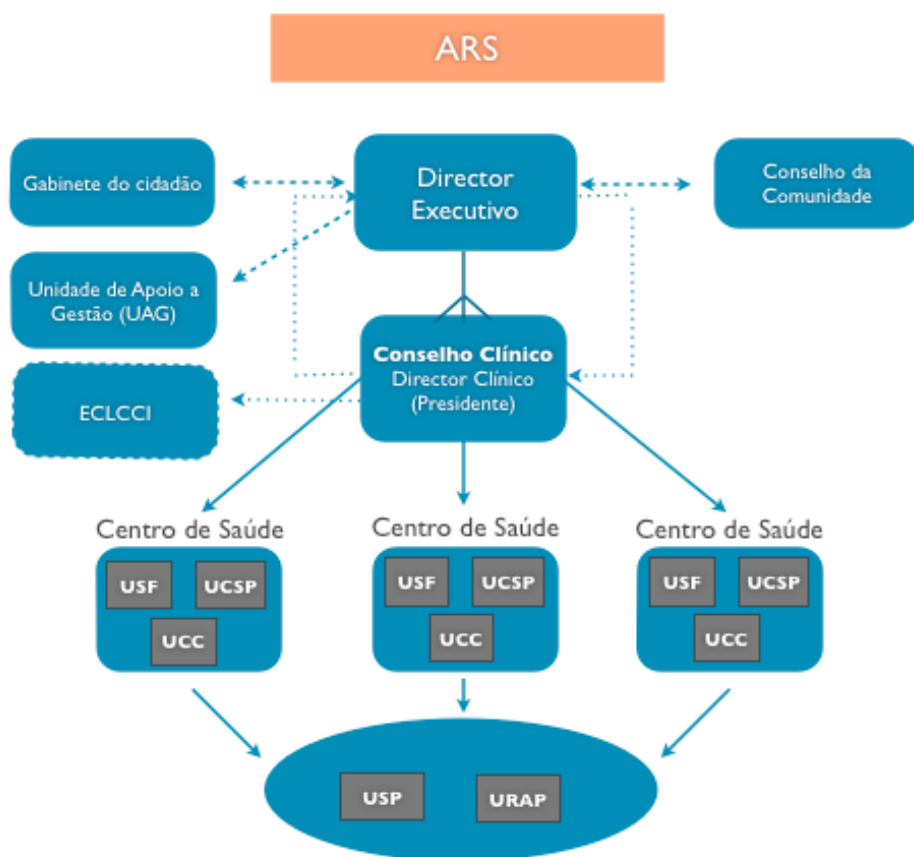


Figura 3: Organograma dos ACES. Fonte: <http://www.mcsp.min-saude.pt>

O agrupamento deve obedecer, em regra, a um critério populacional que corresponde a um número de pessoas residentes entre 50.000 e 200.000, complementado por um conjunto de variáveis: acessibilidade geográfica; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares; divisão administrativa do território e nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos (NUT III). (Pisco, 2007)

No ACES, as competências de gestão são partilhadas e exercidas a vários níveis de governação: gestão estratégica – Diretor Executivo (DE) – gestão tática – Conselho Clínico (CC) – gestão operacional global – Unidade de Apoio à Gestão (UAG) – e gestão operacional local – Unidades de Saúde Familiar (USF).

A Visão, a Missão e os Valores são declarações inspiradoras, claras e concisas, escolhidas para transmitir um sentido de orientação e de pertença, partilhado por aqueles que podem influenciar o seu desempenho e o sucesso. Ou seja, são declarações dirigidas à equipa de gestão e demais colaboradores, aos clientes e aos outros parceiros. Servem para garantir que as decisões, especialmente as que têm impacto na direção estratégica, são

tomadas de acordo com uma linha de orientação clara e conducente a uma finalidade bem identificada.

A missão corresponde à razão de existência de uma organização e a delimitação das atividades dentro do espaço que deseja ocupar em relação às oportunidades de negócios definindo o propósito fundamental e único que a organização tenta seguir para identificar os seus produtos e/ou serviços, assim como seus clientes (Tavares, 2001). Ela define de uma forma geral onde a organização vai atuar e qual será o seu foco principal.

A visão baseia-se na realidade da empresa, mas visualiza uma realidade futura sendo através dela possível explorar as possibilidades e as realidades desejadas. Assim, são a estrutura para o que a empresa quer criar e o que as orientam para fazerem escolhas e compromissos de ação (Senge, 1990). Deve ser algo a longo prazo, pois num período de tempo mais longo a empresa compromete-se com metas mais desafiadoras. A visão precisa ter um conceito bem claro e exige pensar além das capacidades atuais da organização e do seu ambiente competitivo (Collins & Porras, 1996). Ou seja, estabelece um ponto onde se deseja chegar levando em consideração a situação atual que se tem da empresa. Deve-se objetivar algo para o futuro, mas que tenha reais condições de acontecer.

Valores organizacionais são crenças e atitudes que dão uma personalidade à empresa, definindo uma ética para a atuação das pessoas e da organização como um todo. Os valores organizacionais são a base sobre a qual devem ser estruturados todas as formas de atuação e o próprio sistema de gestão da organização. Isto é, os valores são o conjunto de princípios que todos devem estar preparados para defender, principalmente nos momentos de crise, quando a organização passa por dificuldades. Devem nortear até mesmo os códigos de ética ou de conduta organizacional. (Tavares, 2001)

As formas organizacionais mais flexíveis, caso dos ACeS, apresentam baixo nível de formalização, multiplicidade de comando, estão baseadas em equipas e a comunicação ocorre basicamente nos sentidos horizontal e diagonal. O modelo organizacional dos ACeS tal como referido anteriormente, ao reduzir as hierarquias promove a autonomia individual com em que a comunicação se tornou mais facilitada. (Lega & DePietro, 2005).

As práticas de comunicação em cada ACeS variam, e dado estar implementadas práticas de reuniões colectivas semanais ou quinzenais com todos os colaboradores existe uma maior abertura para discussão e participação dos profissionais, através dos Conselhos Técnicos e dos coordenadores das UF, na gestão do ACeS, como acontece no ACeS POc. “Estas reuniões são mecanismos determinantes para uma boa comunicação entre equipas, funcionando como espaço para discussão e apresentação de questões que afectam todo o ACeS e as suas equipas. São, por isso, essenciais para o seu envolvimento na tomada de

decisões e permitem, porventura, compensar a distância entre unidades, que pode ser uma barreira à comunicação.” (Machaqueiro,Lapão, 2014, p. 82)

O email, a comunicação directa e o telefone, mecanismos essencialmente informais, são as formas de comunicação mais utilizadas na comunicação interna dos ACeS. (Machaqueiro,Lapão, 2014)

Apesar da evolução em termos de Sistemas de Informação (SI) e da sua larga implementação nos CSP e ACeS assim como do reconhecimento da sua importância para a prática clínica e para a gestão como o planeamento para a contratualização, monitorização de indicadores, organização da prestação de cuidados, estes continuam a apresentar diversos problemas ao nível da interoperabilidade e da integração. (Machaqueiro,Lapão, 2014)

Os ACeS têm dado especial realce para o papel importante da gestão das pessoas, como indivíduos, inseridos num grupo com uma estrutura única. Assim, é dado especial interesse à qualidade de vida no trabalho dos colaboradores, que se refere aos aspectos da sua própria experiência, seja no estilo de gestão, na liberdade e na autonomia para tomar decisões, ambiente de trabalho agradável, segurança no emprego, horários ajustados e tarefas significativas.

A gestão de pessoas nos ACeS têm em conta qual o perfil do individuo, conhecendo as características individuais dos seus colaboradores para rentabilizar as relações profissionais. Pessoas mais motivadas e consequentemente mais felizes no trabalho são pessoas com um desempenho mais eficiente.

Existe consenso dos profissionais dos ACeS que este encoraja e apoia o desenvolvimento profissional contínuo dos seus colaboradores, e que grande parte dos coordenadores das UF do seu ACeS são encorajados a promover atividades de construção do espírito de equipa existindo atualmente uma cultura mais favorável à aprendizagem e inovação.(Machaqueiro,Lapão, 2014)

O novo modelo de gestão dos ACeS, tem repercussões na atividade dos profissionais das unidades funcionais, fruto das alterações no ambiente de trabalho, das alterações nas carreiras, dos métodos de avaliação, e na capacidade de prestação de cuidados com menos recursos, mas com melhoria da qualidade. Apesar da evolução dos modelos de gestão e governação dos ACeS desde a reforma dos CSP, verifica-se aspetos a melhorar que estão aquém das suas potencialidades. É o caso da utilização das ferramentas de gestão, a capacidade de adaptação e inovação perante recursos escassos, o grau de autonomia dos gestores do ACeS na tomada de decisões, o envolvimento da comunidade e o esforço contínuo de melhoria. (Machaqueiro,Lapão, 2014)

Neste contexto, a carreira de enfermagem modificou-se no sentido de se enquadrar nos novos padrões de gestão pública e nos novos modelos organizacionais propostos, podendo desta forma ter acesso à progressão profissional e diferenciação técnica.

Na gestão de enfermagem dos ACeS, existe a motivação dos enfermeiros no sentido de tornar a sua atuação visível, mostrando o seu papel a sociedade, valorizando as suas intervenções autónomas e reafirmando o seu papel na qualidade dos cuidados, e apostar no marketing social e político.

De salientar, que as ações do enfermeiro gestor têm uma forte tradução na performance da equipa. Esta será tanto mais coesa quanto mais apoio tiver dos gestores. Liderar em enfermagem “é saber conduzir, organizando o trabalho de equipe, visando uma atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipe, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipe para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência” (Gelbcke, Souza, Sasso, Nascimento & Bulb, 2009, p. 137).

Segundo o inquérito de satisfação dos profissionais realizado no ACeS POc, esta é uma organização com uma equipa motivada e com condições técnicas e organizativas que proporcionam uma correta e adequada atividade com vista à prestação de cuidados de excelência à sua população. (ACeS POc, 2014)

2.1 Caracterização do ACeS Porto Ocidental

O Porto apresenta, grande carisma cultural e histórico, sendo uma das mais importantes cidades a nível nacional, com reconhecido mérito e fama além fronteiras.

O concelho do Porto possui inúmeras instituições públicas e privadas, nos vários níveis de cuidados de saúde. No que diz respeito aos cuidados de saúde primários e à sua organização, estes são englobados em dois ACeS - Porto Ocidental e Porto Oriental, respetivamente. O segundo serve as freguesias de Paranhos, Campanhã e Bonfim e é constituído por 3 centros de saúde (Centro de Saúde de Bonfim, Campanhã e Paranhos).

Por sua vez, o ACeS Porto Ocidental (ACeSPOc), onde se inclui a USF São João do Porto, é uma organização local gestora de diversas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, criada a partir da Portaria nº 273/2009, cuja sede onde o Diretor Executivo, o Conselho Clínico e a UAG desenvolvem a sua atividade principal, localizada na freguesia da Foz do Douro, sendo o seu âmbito de atuação, a gestão de serviços de saúde

na área do Porto Ocidental (União das Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde; União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória; União das Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos; Freguesia de Ramalde). (Figura 4)



Figura 4 – Distribuição geográfica do ACoS Porto Ocidental. Adaptado a partir de MipWeb Portal de Informação Geográfica, disponível online em <http://sigweb.cm-porto.pt/MipWeb/>

As 29 unidades que compõem este ACoS (26 unidade prestadoras de cuidados de saúde e 3 unidades de apoio), servem uma população de mais de 170.000 utentes, através da atividade de cerca de 504 profissionais.

O ACoS Porto Ocidental é constituído por unidades funcionais de âmbitos diversificados: uma Unidade de apoio à Gestão e funcionamento de todas as unidades (UAG), uma Unidade de Recursos assistenciais Partilhados (URAP), a Unidade de Saúde Pública (USP), quatro Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Aldoar, Carvalhosa, Lordelo do Ouro, Foz do Douro; onze Unidades de Saúde Familiares (USF), Anibal Cunha, Bom Porto Carvalhido, Espaço Saúde, Garcia da Orta, Porto Douro, Prelada, Rainha D. Amélia, Ramalde, S. João do Porto e Serpa Pinto; três UCC, Baixa do Porto, Boavista e Cuidar. Ainda fazem parte integrante do ACoS duas unidades prestadoras de serviço - CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico) e CAD VIH/SIDA (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce HIV). (<http://acesportoocidental.org/pt/unidades-de-saude>).

Este ACoS também integra a rede da UPIP (Urgência Pediátrica Integrada do Porto), onde a população com menos de 18 anos pertencente aos Centros de Saúde dos concelhos do Porto, Gondomar, Maia, Matosinhos e Valongo podem ser referenciados. Esta urgência incorpora os Centros de Saúde, Hospitais com Atendimento Pediátrico Referenciado (APR) e a Urgência Pediátrica do Porto (UPP) localizada no Hospital de São João.

O ACeS Porto Ocidental também engloba um Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), que acompanha utentes jovens em situações de risco, tendo quatro polos de ação: NACJR Aldoar, NACJR Aníbal Cunha/Carvalhosa/S. João, NACJR Batalha, NACJR Foz.

O concelho do Porto dispõe do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) do Porto. Este contém consultas dirigidas à Tuberculose, doença de declaração obrigatória, integrando rastreio, diagnóstico ou tratamento à população. Também possui outras unidades específicas como é o caso do CAD (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH), que apoia e alerta a população para a infeção por VIH. Em parceria com este encontra-se o Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT), que presta apoio à população afetada por esta dependência e às suas famílias.

De acordo com o Decreto-Lei de 2 de Março 2011 que decorre no âmbito da reestruturação do parque hospitalar promovida pelo Governo, numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos - financeiros, tecnológicos e humanos - e de compatibilização de desígnios estratégicos, decidiu-se fundir algumas unidades de saúde.

Com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração, o Ministério da Saúde cria com a natureza de entidades públicas empresariais, os centros hospitalares. No Porto o Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ) – por fusão do Hospital de São João, EPE, e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo; é alterado, mantendo a natureza de entidade pública empresarial o Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP) – por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE, e do Hospital Joaquim Urbano.

A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC), responsável pelo rastreio populacional de cancro da mama, tem um papel fundamental na população portuense. Além da LPCC existem outras entidades que também prestam apoio à população, como por exemplo, a delegação regional do Porto da Associação para o Planeamento da Família (APF), o Instituto de Medicina Legal, o Instituto de Patologia e Imunologia Molecular (IPATIMUP), com uma excelente área de investigação, a delegação do Norte do Instituto Português do Sangue, o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge e o Centro de Histocompatibilidade do Porto.

Existem outros recursos públicos e privados no âmbito da saúde, como laboratórios de análises clínicas, clínicas de medicina física e reabilitação, etc., perfazendo assim uma cidade rica em apoios de saúde para a população.

No Porto existem várias escolas, jardins-de-infância e ATL (Atividades para os Tempos Livres) públicos e privados. A Universidade do Porto é um marco de referência nacional e internacional, com vários investigadores conceituados. A Universidade Católica,

de cariz público-privado, tem um papel de destaque na educação, sobretudo pós-graduada, sendo reconhecida como uma escola de grande qualidade. Existem outras Universidades privadas como a Universidade Lusíada do Porto, a Universidade Fernando Pessoa e a Universidade Portucalense. O ACeS Porto Ocidental abrange nove Escolas EB2/3, três Escolas EB 2/3 + Secundário, duas Escolas de 3º Ciclo + Secundário, duas Escolas Profissionais, trinta escolas EB1 e vinte e nove jardins-de-infância.

Este ACeS tem uma preocupação crescente no âmbito da Educação para a Saúde, possuindo alguns programas específicos, como o PRESSE (Programa de Educação Sexual em Saúde Escolar), o PASSE (Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar), o PELT (Programa Escolas Livres de Tabaco), EU DECIDO (Prevenção de consumos de drogas e álcool) e o PNPSO (Programa Nacional de Promoção Saúde Oral do município do Porto tem uma preocupação social com os seus munícipes, oferecendo centros sociais, lares, serviços de apoio domiciliário, importantes sobretudo para jovens e idosos e pessoas com doenças incapacitantes.

Assim o ACeS Porto Ocidental possui meios capazes de responder às necessidades dos cidadãos, demonstrando uma riqueza sobretudo nos seus recursos humanos. Os serviços de saúde prestados pelo ACeS POC incluem no âmbito da atividade das USF e UCSP, a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, gestão de situações de doença aguda, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, saúde do adulto e do idoso, cuidados domiciliários (médicos e de enfermagem), articulação com outras unidades e hospitais. As atividades no âmbito das UCC têm cuidados domiciliários preventivos e curativos e de reabilitação integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), programas de preparação para o parto e para a parentalidade; programas de apoio à comunidade em todo o ciclo de vida. Nutrição, pediatria, psicologia clínica, saúde oral e serviço social nas atividades no âmbito da URAP. Monitorização da saúde da população, identificação das necessidades de saúde, planos e informação em saúde pública, vigilância epidemiológica, investigação, vacinação, programas de saúde ocupacional e ambiental, autoridade de saúde no domínio de atuação da USP. Programas de cessação tabágica, programas de educação em saúde (literacia em saúde), apoio a crianças e jovens em risco, formação inserem-se na responsabilidade partilhada (URAP) por todas as unidades do ACeS.

A população inscrita no ACeS POC, em dezembro de 2014, é de 175.578 cidadãos, distribuídos segundo a pirâmide etária que se segue.(Figura 5)

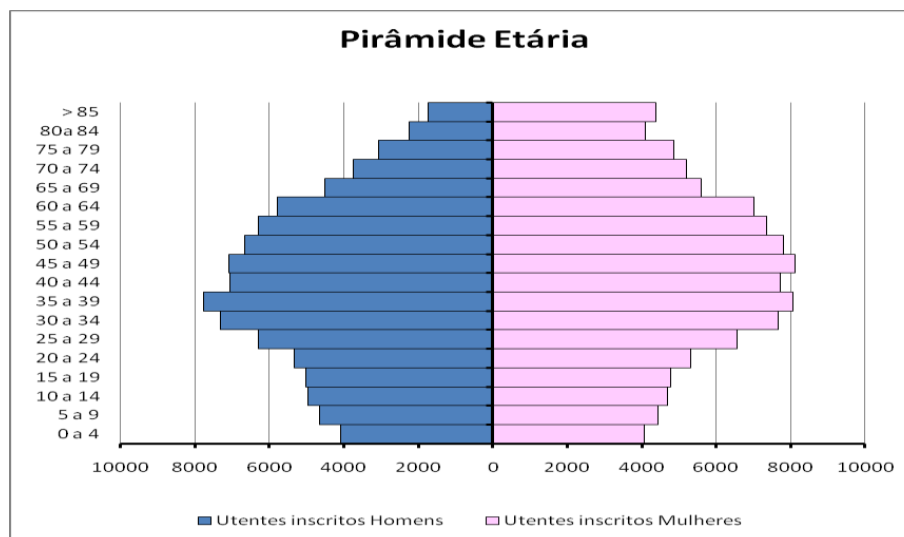


Figura 5 – Pirâmide etária dos cidadãos inscritos no ACeS PO. Fonte SIARS, dezembro 2014

“O ACeS Porto Ocidental tem como **Visão** ser reconhecido pelos seus níveis de excelência na prestação dos cuidados de saúde, com Equipas de Saúde motivadas e comprometidas com a satisfação dos Utentes, promovendo o desenvolvimento dos seus Profissionais e da Comunidade”.(<http://acesportoocidental.org/pt/gestao-do-aces>)

“Tem por **Missão** garantir aos Cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, acessíveis, maximizando os seus ganhos em saúde e cumprindo o Plano Nacional de Saúde.” (<http://acesportoocidental.org/pt/gestao-do-aces>)

“Os **Valores** a observar neste Agrupamento de Centros de Saúde centram-se: Ética, Cortesia, Cooperação, Eficiência.” (<http://acesportoocidental.org/pt/gestao-do-aces>)

O ACeS Porto Ocidental abrange quatro **Centros de Saúde** em doze freguesias - Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde, Santo Ildefonso, S. Nicolau, Sé e Vitória — e serve uma população de 189.114 cidadãos.

Apoiado em valores como: cortesia, ética, cooperação, efetividade/eficiência, o ACeS POc tem como missão garantir aos Cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, cumprindo o Plano Nacional de Saúde e maximizando assim os seus ganhos em saúde, esperando ser reconhecido pelos seus níveis de excelência na prestação dos cuidados de saúde, com Equipas de Saúde motivadas e comprometidas com a satisfação dos utentes, promovendo o desenvolvimento dos seus Profissionais e da Comunidade (ACeS POc, 2013).

A estrutura de governação atual do ACeSPOc, corresponde ao modelo tradicional de hierarquia vertical, como apresentado na Figura 6

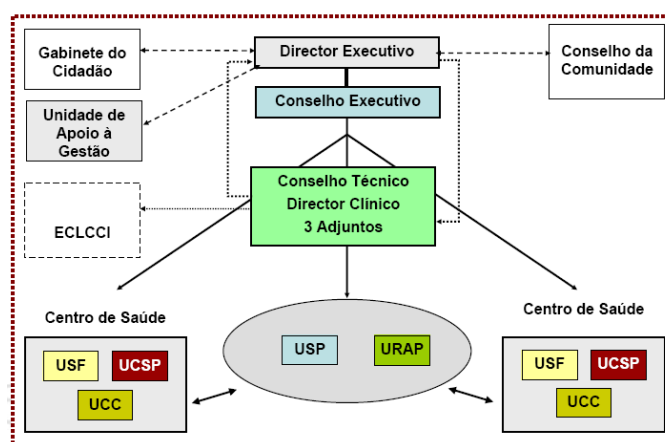


Figura 6 – Estrutura organizacional dos ACeS (adaptado de Pisco,2011)

O Conselho Executivo é constituído pelo Diretor Executivo, pela Presidente do Conselho Clínico e de Saúde e pelo Presidente do Conselho da Comunidade.

O ACeS POc incentiva todas as suas unidades funcionais a desenvolverem a sua própria cultura organizacional e a implementarem sistemas de gestão da qualidade que lhes permitam desenvolver um espírito de colaboração, de autoavaliação, de procura da melhora contínua dos resultados em saúde da comunidade que servem, contribuindo assim para o cumprimento dos objetivos do próprio ACeS, definidos na sua Carta de Missão e no Plano de Atividades para o triénio 2013-2015

O Conselho Clínico e de Saúde do ACeSPOc é um órgão cujos profissionais, com formações de base e experiências diferentes, pretendem contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos cidadãos através da criação de uma rede de conhecimentos extensível a todos os profissionais do ACES. Este órgão apoia o Conselho Executivo e é constituído por 4 profissionais (no caso do ACeS POc: 1 médico de família, 1 médico de saúde pública, 1 enfermeiro e 1 higienista oral), que tem como funções: avaliar a efetividade dos cuidados de saúde prestados; fornecer diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes, nomeadamente no que se refere à observância dos programas nacionais; fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes; propor ao diretor executivo a realização de auditorias externas ao cumprimento das

orientações e protocolos clínicos; apoiar o diretor executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica; verificar o grau de satisfação dos profissionais do ACeS; organizar e controlar as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação; decidir sobre conflitos de natureza técnica (Decreto-Lei nº 28/2008).

A Governação Clínica e de Saúde nos ACeS é a tradução prática de um conjunto de conhecimentos, atitudes e capacidades de gestão clínica e de saúde para garantir que cada unidade funcional, e o agrupamento no seu todo, atingem os objectivos intermédios e finais definidos para cada etapa do percurso da organização, com o envolvimento ativo de todos os profissionais e também dos utentes e da comunidade, num processo de desenvolvimento contínuo da qualidade em saúde.

O fim da governação clínica e de saúde CSP é o de guiar as equipas para alcançar os resultados clínicos e de saúde desejados o que implica definir os resultados a alcançar, os níveis desses resultados (qualitativo ou quantitativo), a forma e os meios para o fazer, executar, verificar passo a passo se está tudo a correr como previsto e corrigir rotas, meios e modos de fazer (monitorização e controle) e avaliar no final se os objectivos desejados foram atingidos, e quanto. Assim, o conceito de governação clínica e de saúde combina a ideia de melhorar os níveis de saúde e obter resultados clínicos a nível individual (cada pessoa) com a obtenção de resultados de saúde de âmbito grupal ou populacional.

A governação clínica e de saúde em CSP é “ um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem clínica individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de efetividade com equidade (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e de intervenção em saúde.”(USF AN , 2015, p.29)

Os pilares essenciais da governação clínica e de saúde em CSP são as pessoas, tanto utentes como profissionais ; a equipa de governação ou de pilotagem que deve ter competências para a missão da gestão; os pontos de partida que são os problemas e as necessidades de saúde, e a sua priorização; os pontos de chegada, isto é, dos objetivos e metas a atingir; os caminhos/percursos mais adequados, ou seja, a escolha das melhores estratégias para atingir os resultados desejados; a seleção e uso correto de métodos e instrumentos de navegação; um sistema de monitorização que permita verificar o rumo e o ritmo de progressão adequados para atingir o programado e desejado; um modelo de avaliação que permita verificar, no final, o grau de sucesso atingido; é necessário um bom sistema de informação, no qual a qualidade dos registos clínicos desempenha um papel crucial. (USF- AN, 2015) (Figura 7)

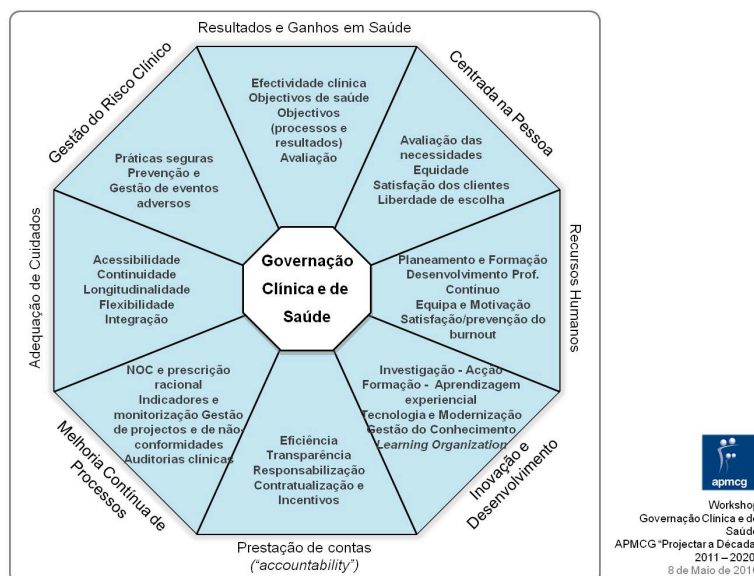


Figura 7 : Diagrama com as oito componentes essenciais da Governação Clínica

<https://sites.google.com/site/intranetacesportoocidental/Home>

A Melhoria Contínua da Qualidade tem por principal objectivo prestar cuidados de saúde de excelência aos utentes do ACeS Porto Ocidental, sendo necessário assumir a Qualidade como cultura da organização. Os órgãos de gestão do ACeS POc, têm um compromisso com a melhoria contínua da qualidade e, tendo como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde de excelência aos seus utentes, fizeram nascer o Grupo Mais Qualidade, como estrutura voluntária de apoio ao CCS em matéria de qualidade, promovendo “o prazer de trabalhar, aprender, ensinar e investigar em ambientes mais eficientes e agradáveis, criados pelos próprios profissionais” (ACeS POc, 2013)

O Conselho Clínico e de Saúde tem como função, entre outras, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde sendo que a função da “Gestão da Qualidade” recai essencialmente sobre a alçada do Conselho Clínico e de Saúde (CCS).

O ACeS tem como objetivo implementar de forma progressiva um Sistema de Acreditação da Qualidade uniforme, horizontal, integral e orientado para os resultados. Este sistema virá permitir que a autoavaliação se transforme em aprendizagem e melhoria, através da partilha de experiências de Qualidade.

Para tal existem grupos de trabalho no ACeS direccionados para várias vertentes no sentido de melhoria continua da qualidade dos cuidados e da gestão : Mais Comunicação, Mais Investigação, Mais Não Fumadores, Mais Organização, Mais Qualidade, Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NCJR), Interlocutores dos Sistemas de Informação (ISI), UCF da Criança e da Mulher, ELI Porto Ocidental, Articulação ACeS e Conselhos Técnicos.

O Grupo Mais Qualidade procura apoiar e colaborar com as restantes unidades do ACeS no desenvolvimento e promoção da cultura de qualidade, embora a sua atividade seja pouco sistemática e os resultados longe do objetivo pretendido pelo ACeS POc: a implementação progressiva de um Sistema de Acreditação da Qualidade em todo o ACeS que seja uniforme, horizontal, integral e orientado para os resultados, permitindo que a autoavaliação se transforme em aprendizagem e melhoria, através da partilha de experiências de Qualidade (ACeS POc, 2013).

Portugal adoptou o Programa da Agência da Qualidade em Saúde de Andaluzia programa para a acreditação de Unidades de Saúde. A decisão do Ministério baseia-se na sustentabilidade do modelo e no facto de o sistema tanto poder ser aplicado aos cuidados de saúde primários como aos secundários. Numa primeira fase, são abrangidas quatro USF. O processo está a ser acompanhado pelo Departamento de Qualidade da Saúde da DGS, em colaboração com peritos da agência andaluza.

Apesar das semelhanças encontradas entre os sistemas de saúde português e andaluz, o programa de acreditação da Agência de Qualidade da Andaluzia terá que ser adaptado à realidade portuguesa. Entre outras, o diretor do Departamento de Qualidade em Saúde aponta diferenças legislativas e de organização.

Os Cinco Grupos de Critérios de Avaliação da Acreditação são os seguintes: o cidadão, centro do Sistema de Saúde ; organização da atividade centrada no utente; profissionais, desenvolvimento e formação; estrutura (Estrutura, equipamento, Sistemas e tecnologias de informação e comunicações, Sistemas de Qualidade); resultados da Unidade de Saúde.

O Despacho nº 3635/2013 obriga a que todos os ACeS definam anualmente um plano de ação que explicita as atividades e o planeamento que a instituição pretende desenvolver de forma a responder às prioridades estratégicas e ações definidas. Segundo o mesmo documento, cada unidade de saúde deve assegurar, através da criação de uma comissão na área da qualidade e segurança, a promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades previstas no plano de ação anual. Assim, surge a Comissão da Qualidade e Segurança do ACeS, que passa a atuar em paralelo com o Grupo de Gestão do Risco, no âmbito do Grupo Mais Qualidade e sob a alçada do CCS.

Na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, verificou-se que a introdução de um processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) seria um ponto fundamental no processo de mudança e indutor de maior responsabilização e exigência, no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. A contratualização consiste, resumidamente, num processo de relacionamento entre

financiadores e prestadores, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes.

A contratualização no sector da saúde tem vindo a assumir particular importância, visando ganhos em eficiência possibilitando a mudança de paradigma de “deixar de distribuir os recursos em função das necessidades apresentadas pelos serviços para passar a distribuí-los na base de contratos rigorosos que traduzam o pagamento adequado dos serviços prestados em função das necessidades em saúde de uma comunidade tipo”.(Escoval, 2003,p.43)

Pode definir-se contratualização como um processo em que tomando por base as necessidades em saúde, se estabelecem mecanismos negociais para que os serviços, dispondo dos recursos necessários, prestam cuidados de saúde na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e eficiência. (Luz, 2001)

O “ processo da contratualização tem vindo a criar mecanismos de adaptação às realidades concretas, a ganhar flexibilidade (com a introdução de um quadro de indicadores mais abrangente e alinhados com o Plano Nacional de Saúde e com os objetivos da política de saúde a nível nacional, mas também considerando a possibilidade de haver margem para, a nível regional e local, se adaptar o processo às necessidades da população), a ser cada vez mais transparente (em relação ao que se está a contratualizar, a medir, a avaliar e aos dados que estão disponíveis para as ARS, para os ACES, para as equipas, para os profissionais) e tem permitido construir indicadores cada vez mais compreensivos, mais indutores do trabalho em equipa multidisciplinar e mais focados nos resultados a alcançar.” (ACSS, 2014, p. 8)

A contratualização com os CSP realiza-se tendo por base a contratação dos cuidados de saúde necessários à população, realizando-se em duas etapas: a contratualização externa realizada entre ARS e ACeS e a contratualização interna entre ACeS e as respetivas unidades funcionais.

“O Diretor Executivo e o presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS elaboram uma proposta de Plano de Desempenho que inclui, entre outros componentes, propostas de metas para os indicadores de desempenho, que negociam posteriormente com a respetiva ARS, num processo designado por contratualização externa. O processo negocial culmina com a assinatura do Contrato-Programa.” (ACSS, 2014, p. 22)

O Plano de Desempenho é um documento estratégico em que se caracteriza o ACeS com indicadores demográficos, sócio económicos e de resultados de saúde. O Contrato-Programa é o documento que o ACeS concede à ARS com os objetivos e as metas assistenciais representadas pelos indicadores de desempenho.

A fase de negociação da contratualização externa materializa-se na negociação de um conjunto de indicadores que permitem aferir o desempenho assistencial das unidades funcionais que compõem o AceS e os resultados em saúde alcançados para a população. (ACSS, 2014)

A Ordem dos Enfermeiros assume a importância dos indicadores em saúde. A construção e implementação de um sistema de monitorização da qualidade passam pela definição de indicadores (Ordem dos Enfermeiros, 2001). É, neste sentido, que a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.3) afirma que “definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”.

Indicadores são “sínteses informativas, que dependem diretamente da quantidade e qualidade dos dados que lhe estão na origem” e “são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (Pereira, 2007, p. 76).

Se por um lado, a qualidade das sínteses informativas ou do conhecimento gerado depende diretamente da quantidade e qualidade dos dados que lhe estão na origem, por outro, para a produção de determinados indicadores e para que estes indiquem o que realmente se pretende ver indicado, é necessária a existência e disponibilidade de um conjunto de dados, fidedignos e com qualidade.

Segundo Pereira (2007), para haver indicadores é necessário disponibilidade de dados dentro de uma estrutura dos sistemas de informação, sendo que estes devem obedecer a determinados requisitos. É fundamental a comparabilidade de dados e a partilha do modelo de cálculo do indicador, para que seja salvaguardada a comparabilidade desses dados, ao nível dos indicadores de resultados e outros indicadores relacionados com a frequência dos focos de atenção de enfermagem, efetividade no diagnóstico de riscos, efetividade na prevenção de riscos e resolução e ganhos.

Os indicadores assumem-se como instrumentos básicos para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, e consequentemente dos cuidados de saúde, revelando-se fundamentais para os diferentes níveis da tomada de decisão e governação em saúde (Pereira, 2007).

Para a qualidade do indicador concorre a qualidade dos dados, e um conjunto de atributos como a validade, fiabilidade, representatividade, simplicidade, custo e preceitos éticos (DGS, 2003 cit. por Pereira, 2007). Para falarmos em indicadores com qualidade a utilização de uma linguagem classificada torna-se imperioso, para ser possível trabalhar a

informação e extrair deles contributos, facto partilhado por Pereira (2007, p.57) quando se refere que *“a partilha de códigos e significados reveste-se de uma importância capital na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação, o que coloca em destaque o papel que as linguagens classificadas de enfermagem desempenham neste domínio”*. É, neste sentido, que a utilização da CIPE® é imprescindível para a agregação e comparação de dados decorrentes da atividade de enfermagem, pois só os podemos comparar se estes tiverem definições e categorias comuns.

Desta forma, podemos afirmar que a CIPE® nos garante um primeiro nível de comparabilidade, ao assegurar a codificação dos termos utilizados na construção dos enunciados dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, incluídos no Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem (RMDE). Pereira (2007, p. 63) define RMDE como, *“uma parte dos conteúdos dos Sistemas de Informação, recolhida, analisada e interpretada com sistematicidade e regularidade e que visa responder às necessidades específicas de informação de enfermagem de múltiplos utilizadores*.

Nesta perspectiva, o RMDE não é toda a documentação de enfermagem “antes um mínimo de dados que, sistematicamente, deve estar documentada, no contexto de toda a informação registada nos SIE para efeitos da melhor descrição dos cuidados de enfermagem” que tem por objectivo: Estabelecer comparações de dados de enfermagem entre diferentes populações, locais e momentos; descrever padrões de cuidados de enfermagem; projetar tendências nas necessidades, intervenções e resultados de enfermagem; auxiliar os processos de gestão e alocação de recursos na saúde; estimular a investigação em enfermagem; promover a articulação da informação relativa aos cuidados de enfermagem com a demais informação da saúde; traduzir as principais necessidades em cuidados de enfermagem que dependem da concepção dos enfermeiros; traduzir ganhos em saúde altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem; fornecer informação válida e útil para a definição, implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; disponibilizar informação válida e útil capaz de influenciar decisões políticas em saúde.

Segundo Donabedian (2003) existem diferentes tipos de indicadores: indicadores de estrutura, processo e resultado. Para o autor, os indicadores de estrutura pretendem designar *“as condições sob as quais os cuidados de saúde são prestados”* (2003, p. 46). Os indicadores de estrutura medem aspectos relativos aos recursos materiais, humanos ou a características organizacionais. Os indicadores de processo são entendidos como as *“atividades que constituem cuidados de saúde - incluindo o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação do cliente - geralmente realizados por pessoal*

profissional, mas também incluindo outras contribuições para o cuidado, principalmente pelos clientes e suas famílias” (Donabedian, 2003, p. 46). Estes podem traduzir-se através de taxas de efetividade diagnóstica do risco, que se baseiam na relação constituída entre seguintes entidades: diagnóstico potencial (risco) e o diagnóstico real (Pereira, 2007).

Os indicadores de resultados procuram traduzir “as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde”, onde se incluem “mudanças no estado de saúde; mudanças nos conhecimentos adquiridos pelos clientes e seus familiares (...); mudanças no comportamento (...); satisfação dos clientes e seus familiares com o atendimento recebido e os seus resultados” (Donabedian, 2003, p.46 e 47).

Na gestão pela qualidade total, indicadores também são chamados de itens de controle. Além de serem utilizados nos programas de qualidade, são importantes na condução de outros processos como os de Acreditação Hospitalar e nas Certificações pela ISO 9000.

Tal como se observa no quadro 1, a contratualização entre a ARS e o ACeS, baseia-se numa matriz de 20 indicadores organizada em três eixos: eixo nacional com 14 indicadores selecionados a nível nacional, suscetíveis de avaliar ganhos em saúde, e em linha com os objetivos de contratualização interna com as USF e UCSP sendo a soma das ponderações destes indicadores 75%; eixo regional com 4 indicadores escolhidos pelas ARS que vão ao encontro dos programas regionais ou das prioridades de saúde definidas regionalmente e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional que se aplicam a todos os ACeS pertencentes a determinada ARS e cuja soma das ponderações é de 17%; eixo local em que cada ACeS tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir 2 indicadores específicos, de acordo com necessidades locais de saúde e que não tenham ficado colmatados pelos indicadores do eixo nacional ou regional e cuja soma das ponderações destes indicadores é 8%. (ACSS, 2014)

Destes indicadores 2 são de acesso, 9 de desempenho assistencial, 2 de eficiência (desempenho económico) e um de satisfação, todos de âmbito nacional. Quanto aos indicadores regionais são 4 e os locais 2 podendo o tipo ser de escolha.

No Quadro 1, apresento os Indicadores de Desempenho do ACeS Porto Ocidental retirados do seu Plano de Ação - 2014, distribuídos pelos três eixos (Nacional, Regional e Local).

Ponderação	Indicadores Desempenho- 2014, ACeS POC
Nacional	
75%	1. Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos
	2. Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos
	3. Proporção medicamentos faturados, que são genéricos
	4. Proporção inscritos ≥ 14 A, c/ hábitos tabágicos
	5. Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2
	6. Taxa internamento DCV, entre residentes <65 A (10.000)
	7. Proporção MIF, com acompanhamento em PF
	8. Proporção de RN de termo, com baixo peso
	9. Proporção de jovens 14A, c/ consulta médica vigilância e PNV
	10. Incidência amputações major MInf. (DM), em 10.000 resid.
	11. Proporção de idosos, sem ansiolíticos / sedativos / hipnóticos
	12. Proporção de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos
	13. Custo médio de medicamentos faturados, por utilizador (PVP)
	14. Custo médio de MCDT faturados por utilizador SNS
Regional	
17%	15. Proporção de utentes, c/ HTA (s/DCV, nem DM) c/ determinação risco CV, nos últimos 3 anos
	16. Proporção de utentes, 50-74 anos com rastreio CCR efetuado
	17. Proporção de utentes c/ diagnóstico de DPOC
	18. Proporção de inscritos c/ ≥ 14 anos c/ quantificação hábitos alcoólicos
Local	
8%	19. Proporção de fumadores, c/ consulta relacionada tabaco, 1 ano
	20. Proporção de utentes DM2 c/ terapêutica c/ metformina

Quadro 1: Indicadores de desempenho 2014 . Fonte : Adaptado do Plano de Desempenho Aces POC 2014

No que respeita à satisfação dos utentes é aplicado um questionário de satisfação a todas as USF e a um número determinado de UCSP por ARS sendo o indicador relativo à satisfação dos utentes escolhido pela ACSS, sob proposta de cada uma das ARS, tendo em consideração a proporção de unidades funcionais que aplicam o questionário de satisfação em cada ACES, ou a proporção de utentes abrangidos pela sua aplicação. (ACSS, 2014)

A avaliação da satisfação dos utentes no ACeSPOC foi realizada com a aplicação de um inquérito aos utilizadores das unidades funcionais com o objetivos específicos de avaliar a satisfação do utente com o médico de família e com a Unidade de Saúde e compara a satisfação dos utentes das USF com a dos utentes das UCSP. (ACeS POC, 2015)

Realizaram-se entrevistas por questionário aos utentes utilizadores das Unidades de Saúde, nos meses de novembro e dezembro de 2014, abrangendo 11 USF e 4 UCSP, com 166983 utentes inscritos.

Como resultados verificou-se que os utentes do ACeS classificaram a satisfação com os médicos como Excelente, e a satisfação com a unidade de saúde como Boa. A satisfação dos utentes, em ambas as dimensões, foi inferior nas UCSP quando comparadas com as

USF. A satisfação, em ambas as dimensões, foi menor nos utentes desempregados e estudantes comparado com os utentes ativos e viúvos. Os utentes com nível de ensino superior ou ensino básico ($\leq 1^{\circ}$ ciclo) apresentaram níveis de satisfação superiores. A principal sugestão apresentada pelos utentes foi melhorar o atendimento telefónico.

Verifica-se pela análise do quadro que grande parte dos indicadores são de resultado e estão relacionados essencialmente com a atividade médica o que traduz de forma pouco evidente a atividade das unidades funcionais e da atividade dos enfermeiros.

2.2 Caracterização da Unidade de Saúde Familiar São João do Porto

A USF SJP é uma Unidade de Saúde Familiar que presta cuidados de saúde personalizados às famílias inscritas na mesma e que articula com as restantes unidades funcionais do ACeS e outras Instituições de Saúde. A área geográfica da USF SJP é constituída pelas freguesias de Nevogilde, Massarelos, Cedofeita e Vitória.

A USF SJP, em Janeiro de 2015 apresentava 17.807 utentes inscritos distribuindo-se por um total de 229 freguesias (SIARS,2015) maioritariamente do distrito do porto mas também de outros distritos do Norte de Portugal assistência da USF SJP.

Segue-se a pirâmide etária que demonstra a forma de distribuição dos utentes inscritos na USF SJP.

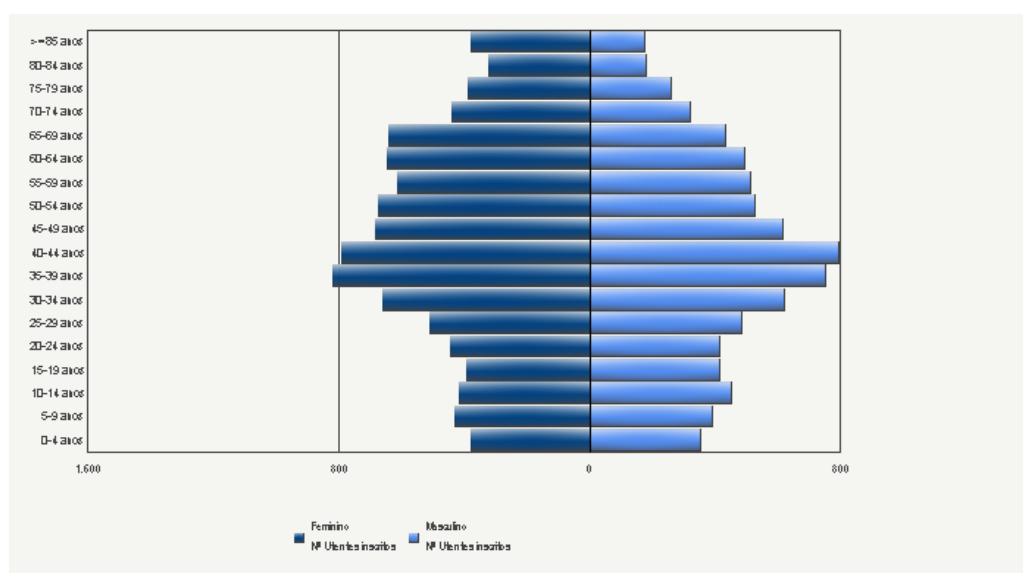


Figura 8 - Pirâmide etária cidadãos inscritos na USF SJP, Fonte SIARS janeiro 2015

No artigo 1º do seu Regulamento Interno refere que “é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde de Grande Porto V – Porto Ocidental, do qual é parte integrante”.

No artigo 3º, do referido documento, enuncia que “A USF tem por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita da área geográfica definida no art. 2º, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (DL 298/2007, art. 4º).” Em relação à visão, no artigo 4º diz: “Uma unidade prestadora de cuidados de saúde primários de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na vontade empreendedora dos profissionais”. No artigo 5º faz referência aos valores afirmando que

“A USF orienta a sua atividade pelos seguintes valores: Conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, articulação, avaliação, gestão participativa. No artigo 11º que define os princípios gerais da instituição está como ponto 1º Os princípios de organização da USF estão centrados no cidadão.” (Regulamento Interno USF São João do Porto. 2013, 2ª versão)

O método de trabalho preconiza equipas de família constituídas por médico de medicina geral e familiar, enfermeiro de família e secretário clínico, que prestam cuidados de saúde a um grupo de famílias/cidadãos. “O exercício profissional dos enfermeiros de saúde familiar desenvolve-se no contexto dos CSP, especificamente nas USF e nas UCSP.” (Ministério da Saúde, 2012, p.4)

A metodologia de trabalho por enfermeiro de família caracteriza-se por uma relação continuada e estreita entre o enfermeiro e a família/cidadão, sendo que o enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução, avaliação e coordenação dos cuidados de enfermagem prestados a um determinado número de famílias.

O DL 118/2014, de 5 de Agosto (p. 4070), define o enfermeiro de família como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade».

A Organização Mundial de Saúde (OMS) evidencia a importância de se implementar metodologias de trabalho que promovam a adopção de um novo paradigma de cuidar, direccionado para a família e assente na efetividade, integralidade e na proximidade do utente com os serviços de Saúde, a acessibilidade.

“O enfermeiro de família, fundamentado no conceito de Organização Mundial da

Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade.” (OE, 2011, p.1). O modelo organizativo de cuidados de enfermeiro de família, apresenta maior qualidade dos cuidados prestados à população com papel na efetividade, proximidade e acessibilidade.

A OMS considera que o enfermeiro é o profissional da equipa multidisciplinar que pela sua formação específica está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta não só as expectativas dos utentes, mas também a adequação e a rentabilização dos meios. (OE, 2011)

“Os cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar são os que tomam por foco de atenção as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente.” (Ministério da Saúde, 2012, p.4)

As USF preconizam o modelo de enfermeiro de família que centra os seus cuidados na família, como um todo, assim como nos seus membros individualmente, potencializando as forças, recursos e competências da família. As intervenções centram-se nos processos de mudança inerentes às transições normativas ou acidentais. Os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, o que implica estabelecer um processo interpessoal significativo e terapêutico. “O enfermeiro de saúde familiar será o profissional de referência e suporte qualificado que, em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades da família no exercício das funções familiares.” (Ministério da Saúde, 2012, p.2)

Esta tipologia de unidade funcional tem como característica a ausência de enfermeiro gestor, existindo apenas um coordenador médico. No entanto, na USF, existe o Conselho Técnico constituído por um médico e um enfermeiro. Este deverá ser aquele que tiver maior qualificação e eleito pelos inter pares, sendo este órgão o responsável pelo plano de formação interna, pela avaliação do desempenho e pela garantia da qualidade, entre outras funções. Desta forma ao enfermeiro do CT são atribuídas funções de gestão em enfermagem.

No entanto, o facto de na legislação ser omissa a figura do enfermeiro gestor nas equipas de saúde das USF, leva a uma atitude expressa, por parte de alguns

coordenadores, de prepotência em relação às equipas de enfermagem sendo impostas muitas das medidas que julgam ser as melhores para servir os seus próprios interesses em detrimento do interesse de todos e da organização. Existe um desequilíbrio de forças que reconheço ter como causas a ideia que o coordenador é superior hierárquico tanto por parte deste como pela equipa de enfermagem.

A contratualização interna dos ACeS com as USF apresenta-se numa matriz de 22 indicadores sendo doze de âmbito nacional, quatro de âmbito regional, dois indicadores de âmbito local e quatro indicadores de âmbito local propostos pela USF para o triénio sendo escolhidos a partir de uma lista de 78 indicadores apresentados na Metodologia de Contratualização CSP do ano em curso. (ACSS, 2015)

A escolha dos indicadores de âmbito regional e local devem respeitar a métrica de ponderações definida na operacionalização da contratualização do período, 2015 no caso. Dos “doze indicadores de âmbito nacional, 2 são de acesso, 7 são de desempenho assistencial, 1 de satisfação de utentes e 2 de eficiência (desempenho económico-financeiro).” (ACSS, 2014, p. 38) Dez destes encontram-se em alinhamento com os indicadores nacionais da contratualização externa dos ACeS.

De acordo com o referido, a contratualização da USF SJP é realizada todos os anos seguindo as normas da ACSS. Os indicadores da USF SJP contratualizados para 2015 são os que se seguem no quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores USF SJP contratualizados para 2015

Área		USF São João do Porto	
Contratualização Interna USF - 2015			
Indicadores Institucionais - 2015			
Nacionais	Acesso	7,50%	Taxa utilização consultas médicas 3 anos
			Taxa domicílios enfermagem por 1000 inscritos
	Desempenho Assistencial	26,0%	Índice de acompanhamento adequado em Saúde Materna
			Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF
			Índice de acompanhamento adequado s. infantil 1º ano
			Proporção idosos s/ ansiol., sedat, hipnóticos
			Proporção inscr ≥14 anos com registo hábitos tabágicos (P17)
			Proporção utentes c/ HTA < 65 anos, com PA < 150/90mmHg
			Proporção utentes c/ diabetes c/ último registo de HbA1C ≤ 8,0%
	Satisfação	5,0%	Proporção utilizadores satisfeitos/ muito satisfeitos
Eficiência	24,0%	Despesa média medic. prescritos, por utilizador (PVP)	
		Despesa MCDT s prescrit., por utilizador (p. conv.)	
ARS Norte	Regionais	15,0%	Índice de acompanham. adequado s. infantil 2º ano
			Proporção de consultas realizadas pelo EF
			Índice de acompanhamento adequado utentes DM
			Proporção utentes >= 75 A, c/ presc. cró. < 5 fármacos
ACeS	Propostas AceS	7,50%	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)
			Proporção fumadores, c/ consulta relac. tabaco 1A
UCSP/USF	Propostas Locais	15,0%	Proporção utentes 50-74 rastreio cancro cólon e recto efetuado
			Proporção consultas médicas presencias c/ ICPC 2
			Taxa de utilização de consultas de PF (méd/enf)
			Proporção utentes >=14 A, c/ registo consumo alcoól
Indicadores Financeiros (Modelo B) - 2015			
USF Modelo B	Desempenho Assistencial		Proporção mulheres [25;60[A, c/colpoc. (3anos)
			Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos
			Proporção inscritos > 14 A, c/ IMC últimos 3 anos
			Proporção utentes ≥ 25A, c/vacina tétano
			Taxa de consultas de PF (enf.)
			Proporção grávidas c/ consulta RP efetuada
			Proporção grávidas c/6 ou mais cons.vigil. enfermagem
			Proporção de puérperas com domicílio de enfermagem
			Proporção crianças 2A, c/PNV cumprido até 2A
			Proporção crianças c/6 ou mais cons. méd. vigil. 1ºano
			Proporção crianças c/3 ou mais cons. méd. vigil. 2º ano
			Proporção RN c/ domicílio enf. até 15º dia de vida
			Proporção de hipertensos com PA em cada semestre
			Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)
			Proporção DM com exame pés último ano
			Proporção DM c/consulta enf. e gestão RT, último ano
			Proporção DM c/ consulta enf. vigil. DM último ano

* Residentes na área de influência do ACeS Porto Ocidental

Quadro 2: Indicadores contratualizados USF São João do Porto USF SJP para 2015. Adaptado de plano de contratualização 2015 USF SJP

A contratualização interna da USF SJP apresenta indicadores do eixo nacional de acesso em que um dos indicadores está relacionado com a taxa de visitação domiciliária de

enfermagem, o outro de atividade médica. No que respeita ao desempenho assistencial verifica-se que os indicadores estão dependentes quase na totalidade da qualidade dos registos dos médicos. Quanto aos relacionados com a eficiência, ambos estão também relacionados com a atividade médica de prescrição de medicamentos e meios auxiliares de diagnóstico.

Quanto aos indicadores regionais dos quatro contratualizados um está relacionado com a atividade de enfermagem. As propostas do ACeS traduzem-se em dois indicadores resultantes da atividade médica e as propostas da própria USF contemplam apenas um indicador que depende da atividade médica e de enfermagem.

As USF Modelo B, modelo organizativo da USF SJP, são “unidades funcionais com amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa deve ser uma prática efetiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, traduzindo-se, tendencialmente, por metas com valores médios mais elevados”. (ACSS, 2014,p.36)

A estes modelos organizativos são atribuídos incentivos institucionais e incentivos financeiros. Os incentivos financeiros atribuídos aos médicos estão dependentes de atividades específicas, enquanto que os atribuídos aos enfermeiros e assistentes técnicos são aferidos de acordo com os resultados obtidos por toda a equipa. Como a maioria dos indicadores são dependentes da atividade e registos dos médicos, concluindo-se que existe uma certa discrepância.

As metas contratualizadas estão relacionadas com atividades decorrentes da vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, da vigilância das crianças desde o nascimento até aos dois anos de vida, da vigilância de utentes diabéticos, hipertensos, rastreios oncológicos, vacinação e acessibilidade. “ A definição das metas dos indicadores depende da negociação a ser efetuada entre os ACeS e as unidades funcionais que o compõem.” (ACSS, 2014, p. 39)

No sector da saúde a implementação de sistemas de gestão de qualidade é uma realidade. A adoção desta ferramenta na gestão das unidades de saúde está amplamente justificada pela crescente complexidade dos processos e tecnologias envolvidos na prestação dos cuidados de saúde, revelando-se bastante útil para identificar, direcionar e solucionar diversos tipos de problemas nas instituições de saúde (Pires, 2007).

As USF são avaliadas no que respeita à qualidade organizacional pela grelha DiOr (Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional). Esta resulta da modificação e adaptação do modelo MoniQuor , o primeiro instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, às USF, sendo uma ferramenta que permite, de forma

sistemática e rigorosa, implementar linhas de orientação, monitorização e avaliação do desempenho da unidade, da satisfação dos cidadãos e dos profissionais (ACSS, 2012).

O DiOr-USF permite a autoavaliação de cada USF através do acompanhamento do seu desempenho, pelo Conselho Clínico do ACeS em que está integrada e/ou pela Equipa Regional de Apoio (ERA), e pela Equipa Nacional de Acreditação (ENA) em caso de candidatura à acreditação.

A grelha de diagnóstico organizacional DiOr-USF está dividida em seis itens: Organização e gestão; Informação e direitos dos utentes; Oferta assistencial; Desenvolvimento da equipa e qualidade; Instalações, saúde, higiene e segurança; Articulação, equipamentos e sistema de informação. Em cada um deles existe um conjunto de critérios divididos em três tipos. Na candidatura a modelo B: critérios “tipo A” são todos de cumprimento obrigatório; critérios “tipo B” terão de ser cumpridos entre 70% e 74% para se obter um resultado satisfatório, entre 75% e 90% para se obter um resultado bom e acima de 90% para se considerar um resultado excelente; e critérios “tipo C” analisam o empenho do ACES/ARS para proporcionar à USF as melhores condições de trabalho, não sendo por isso de carácter obrigatório e por isso não ser exigido o seu cumprimento, uma vez que não dependem diretamente da USF. (ACSS, 2012)

Na USF SJP têm sido realizadas auditorias utilizando a grelha DiOr-USF pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS POC e pela ERA, com resultados que pressupõem uma melhoria contínua da qualidade.

Na minha opinião, em termos de organização existe ainda alguma resistência na implementação de alguns procedimentos, principalmente no que diz respeito ao agendamento das consultas de enfermagem, por parte da restante equipa. Também, na gestão existe uma falha na coordenação que não atua nas reuniões de conselho geral como moderador para a negociação e resolução de conflitos, mas sim evidenciando tendências para determinados grupos saírem com vantagens em detrimento de outros. A equipa mostra-se, ainda com pouca maturidade, focada maioritariamente nos indicadores de desempenho, deixando para segundo plano a qualidade do desempenho e as relações interpessoais. Espero que com potencialidade para melhorar continuamente.

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ACeS PO E USF SJP

O planeamento é uma das funções básicas do processo administrativo, juntamente com as funções de organização, direção, controle e avaliação (Allem, 1998). No cenário de administração de empresas utiliza-se o planeamento estratégico como ferramenta de gestão. O planeamento estratégico serve para que a organização ressalte os seus pontos fortes e reduza os fracos, aproveite as oportunidades, responda às necessidades e restrições apresentadas pelo ambiente. (Rasmussen,1990)

Drucker (1975) diz que o futuro, para acontecer, não depende de que alguém o deseje com intensidade mas requer decisões e ações imediatas. O planeamento deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis, caso contrário perderá a credibilidade, exigindo a ousadia de visualizar um futuro melhor, e a maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além disso, o planeamento obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado. O planeamento é um instrumento de gestão que promove o desenvolvimento institucional.

Promover uma cultura institucional em que os profissionais estão habituados a refletir sobre a finalidade das ações empreendidas é uma excelente forma de melhorar a qualidade e efetividade do trabalho. O planeamento leva a analisar de forma sistemática as organizações, os sistemas e as variáveis significativas do contexto, as necessidades e as possibilidades de atendê-las, a pensar estrategicamente vislumbrando os rumos e caminhos possíveis, ele exerce forte influência sobre o compromisso das pessoas com os objetivos institucionais. Nas organizações onde os profissionais são introduzidos à missão institucional, aos objetivos estratégicos e aos programas de trabalho, observa-se um maior compromisso com os resultados concretos do trabalho. Assim sendo, o planeamento é também uma forma de educação para a qualidade. (Tancredi,1998)

No sector da saúde, o planeamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Sendo os recursos escassos, neste sector, para necessidades ilimitadas, a gestão desses recursos deve ser adequada de modo a que os objetivos operacionais sejam atingidos em

direção à realidade da organização e com vista a uma melhor qualidade da saúde dos cidadãos que utilizam esses serviços.

Borba(2006) considera que o planeamento pode ser considerado como a primeira função administrativa do processo da gestão, pois tem a função de traçar estratégias, prevendo objetivos e metas, antecipando resultados, além de permitir a formulação de caminhos possíveis, escolhendo o mais exequível para o atendimento dessas estratégias, de forma a garantir alcançar os objetivos propostos. Refere que “...é essencial iniciar com a elaboração de um minucioso Diagnóstico Situacional, possibilitando a identificação de todos os vícios e problemas da organização. Igualmente no sector de saúde como um todo, o processo é o mesmo, devendo partir de um diagnóstico situacional do sector saúde e filantrópico da saúde. Após essa fase de reconhecimento, deve-se elaborar um plano estratégico para preparar a mudança, quebrar paradigmas e estimular o desenvolvimento com modernidade e profissionalismo (2006, p. 81).”

O planeamento pode ser estratégico, tático e operacional. O primeiro é um tipo de planeamento a longo prazo (3 a 5anos) e a formulação das estratégias não se resume simplesmente à revisão das decisões a serem tomadas no futuro mas na tomada de decisões para produzir efeitos no futuro, por isso implica uma administração estratégica e de longo prazo. O planeamento tático operacional pode ser considerado como consequência do planeamento estratégico. O planeamento tático determina objectivos, estruturas o programa de atividades e recursos e serve como suporte no plano organizacional e é de médio prazo (1 a 3 anos). O planeamento operacional relaciona-se com o estabelecimento de metas e o processamento funcional das atividades operativas dentro da organização sendo o emprego lógico e científico de técnicas capazes de garantir a realização e o alcance de metas integradas aos objetivos; otimiza e maximiza os recursos a curto prazo (1 ano).(Borba, 2006)

Através do planeamento estratégico, depois de detetar o problema a resolver, o desafio a ser enfrentado, o risco a ser evitado ou a posição a ser conquistada, definir onde quer chegar ou o que quer atingir, determinam-se os objetivos institucionais considerados os gerais ou da organização (missão, visão e valores), os objetivos específicos, sectoriais, programáticos (linhas de ação, atividades a médio e curto prazo) e as metas ou objetivos mensuráveis, quantificáveis e cronologicamente localizados (plano operacional). (Mattus, 1996)

A viabilidade de um plano está relacionada com o facto de ter um carácter educativo, tendo que existir vontade política e dos gestores, de existência de comprometimento dos atores envolvidos, da consistência da elaboração do plano, e tem

que ser disponibilizado para toda a organização através de estratégias de comunicação e divulgação eficazes. (Mattus, 1996)

O diagnóstico de situação é a primeira etapa para planejar o que se pretende realizar de acordo com as necessidades encontradas. O planeamento e a gestão de serviços de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem quanto às necessidades encontradas e a ordem de prioridades dessas necessidades. (Tavares, 1992)

“ Fazer um diagnóstico de situação exige, à partida, conhecimento do significado de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidades” (Tavares, 1992, p.51)

As técnicas de identificação das necessidades utilizadas no estágio de Gestão em Enfermagem realizado no AceS POc foram a análise dos indicadores, a chamada pesquisa de consenso especificamente através de um brainstorming. Este foi realizado por um grupo de pessoas pertencentes ao Conselho Clínico e de Saúde do ACeS POc numa reunião em que se apuraram as necessidades mais prioritárias na gestão corrente do ACeS . A análise dos indicadores é prática corrente do ACeS POc e de todas as suas unidades funcionais o que facilita a estratégia para o diagnóstico.

O planeamento estratégico é uma das ferramentas da administração para lidar satisfatoriamente com processos dinâmicos de mudança e transformações que, por sua vez, impõem mudanças nas organizações, sendo uma técnica muito utilizada a análise SWOT. A Análise SWOT é um importante instrumento utilizado para fazer o diagnóstico estratégico que consiste em recolher dados importantes que caracterizam o ambiente interno (forças e fraquezas) e externo (oportunidades e ameaças) da organização. Através desta análise direcionada para os problemas identificados no brainstorming foi possível realizar o diagnóstico da situação.

Para trabalhar com esta ferramenta é necessário descobrir os fatores críticos de sucesso, ou seja, as atividades e elementos da gestão em que a organização, neste caso o ACeS pOc, tem que ser excelente, identificando qual o serviço ou vertente do serviço a que o cliente dá mais importância, tendo sempre presente a oferta da concorrência. Outra etapa, é identificar as competências centrais da organização percebendo como são avaliadas pelos clientes as vantagens que temos em relação à concorrência, aquilo em que somos ou pensamos ser excelentes. O objetivo de uma análise SWOT é identificar todos os elementos de natureza quantitativa ou qualitativa do serviço, de natureza externa e interna, de forma a potenciar ferramentas para melhorias estratégicas.

A análise externa identifica os fatores externos que influenciam o serviço, os pontos atrativos do mercado, assim como o seu potencial, distinguindo as ameaças das oportunidades. Estuda o mercado onde o serviço atua, a perspectiva de evolução do

mesmo e as condições desse mercado e do meio que o envolve, observando as ameaças para as quais se deve criar soluções, e as oportunidades para melhorar o serviço. A análise interna regista os factores internos que determinam o serviço face à concorrência, demonstram o nível de competitividade do mesmo, e apenas dizem respeito ao serviço prestado, distinguindo as fraquezas (aspectos negativos) que devem ser superadas, das forças (aspectos positivos) que devem ser mantidos. Estes factores são observados no próprio serviço e são elementos que o enfermeiro chefe pode gerir na execução das suas tarefas.

Na análise interna, que observa os elementos da organização do serviço, as forças (S) dizem respeito às vantagens das características do serviço, dos seus prestadores e do meio em que se desenvolve, em relação à concorrência. São as mais-valias internas que ajudam o enfermeiro chefe a atingir os objectivos estratégicos do serviço.

As fraquezas (W), também inerentes à organização, refletem as desvantagens de factores do serviço prestado em relação à concorrência. São limitações internas que impedem que os objectivos sejam atingidos na sua plenitude e que por tal devem ser corrigidas, ou superadas.

Na análise externa, que reporta todos os elementos referentes ao ambiente da prestação do serviço, temos as oportunidades (O), como elementos positivos que devem ser explorados na gestão a favor da melhoria da qualidade de serviço.

As ameaças (T) são todos os elementos da envolvente, que devem ser assumidos como desafios a serem superados e usados para incrementar novas estratégias ou procedimentos que conduzam, inequivocamente, à melhoria da qualidade de serviço e a uma melhor eficiência e eficácia.

Na perspectiva da análise SWOT, podemos considerar as forças e as oportunidades como os factores positivos que ajudam a concretizar os objectivos, e as fraquezas e as ameaças como os factores negativos que atrapalham a concretização dos mesmos. Segue uma análise SWOT da Gestão em Enfermagem do ACeS POc .

Análise sobre a Gestão em Enfermagem no ACeS POC

Forças (<i>S-Strengths</i>)	Fraquezas (<i>W-Weaknesses</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Maior qualidade dos cuidados de enfermagem prestados; • Melhor acessibilidade aos cuidados de enfermagem; • Todos os clientes com enfermeiro de família atribuído; • Todos os clientes envolvidos em consultas de vigilância, de doenças crónicas, rastreio oncológico e visitação domiciliária; • Níveis elevados de satisfação dos clientes com a prestação dos enfermeiros; • Utilização de sistemas de informação para assegurar a continuidade dos cuidados; • Melhoria progressiva das condições de instalações e equipamentos; • Maioria da equipa de enfermagem com vínculo estável; • Satisfação dos profissionais a exercer funções no ACeS POC; • Mecanismos de contratualização implementados como um estímulo para trabalhar com maior qualidade. • Existência nas USF de sistemas de informação mais adequados à prática de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição da liderança em enfermagem; • Ausência de um gestor de enfermagem formalmente identificado nas USF; • Dificuldade em definir e assumir papéis atribuídos na organização; • Problemas operacionais internos; • Falta de investimento na formação específica em gestão por parte de alguns colaboradores a exercer essas funções; • Dificuldade nos registos nos sistemas de informação, • Ausência de planos de melhoria contínua da qualidade nas áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, • Ausência de indicadores decorrentes da atividade de enfermagem; • Pouco investimento em áreas de gestão de risco relacionadas com a atividade de enfermagem.
Oportunidades (<i>O-Opportunities</i>)	Ameaças (<i>T-Threats</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Maior pressão por parte dos cidadãos a nível das autarquias para aceder a cuidados de qualidade nos CSP; • Legislação relativa à direção de enfermagem e RPCEG; • Conhecimento da importância do enfermeiro de família por parte dos cidadãos e profissionais de saúde; • Situação crítica do aumento das doenças crónicas que consomem muitos recursos o que leva a uma maior aposta na prevenção e promoção da saúde e consequentemente nas USF; • Crise económica financeira que leva a uma maior aposta nas USF, de forma sustentada, por serem de mais eficiente em custo-efetividade; • O “Memorando de Entendimento” reforça o investimento e manutenção das USF; • Optimização da regulamentação; • Plano de formação dirigido e ajustado ao contexto atual dos CSP; • Promoção de medidas de encorajamento ao desenvolvimento de processos de acreditação das USF; • Reengenharia dos sistemas de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crise económica e desvalorização do investimento na saúde; • Concorrência aumenta, com a abertura de novos serviços por parte de entidades públicas e privadas; • Não praticabilidade da legislação em vigor relativa à direção de enfermagem e RPCEG; • Desertificação da população portuense das zonas de atuação do ACeS POC; • Aumento taxas moderadoras dos serviços de saúde; • Desempenho negativo da atuação governamental ou de empresas associadas; • Oferta estrangeira potenciar a debandada de profissionais; • Decisões governamentais de rentabilização da força de trabalho. • Alterações governamentais sobre a contratação dos recursos humanos.

Quadro3: Análise SWOT da Gestão de Enfermagem do ACeS POC

Tendo em conta esta análise seria importante investir nas seguintes áreas:

- Investir na formação adequada dos profissionais motivando-os para a necessidade de atualização de conhecimentos, de forma fundamentada;
- Definir papéis dos colaboradores, numa gestão partilhada;
- Resolução de problemas com sistemas de informação, na sua utilização adequada e realizar programa de melhoria contínua nos registos;
- Apoiar o acompanhamento interno das unidades para monitorização e acreditação de qualidade;
- Investir em sistemas de comunicação interna e com os cidadãos para uma maior visibilidade do ACeS e dos serviços que oferece.

A análise SWOT deve ser construída precedida de uma separação e valorização atempada dos principais factores da sua análise (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças). Para isso pode ser usado um Mapa SWOT, onde numa primeira etapa são classificados os elementos de análise em termos do seu impacto no serviço, com a classificação de elevado, médio ou reduzido, numa segunda fase classifica-se a tendência de evolução desses mesmos elementos, classificando-a como 'aumentar', 'diminuir' ou 'manter', que pode ser provocada, pela estratégia definida para o serviço, ou circunstancial, em função das próprias condições do meio.

A análise SWOT deve ser parte intermédia, numa estratégia da prestação do serviço, entre uma análise de diagnóstico, definida em termos anglo-saxónicos por análise PEST (que caracteriza o ambiente 'Político', 'Económico', 'Social' e 'Tecnológico'), ou PEST+EL, com acréscimo do 'Environment' (Ambiente) e Legislação (Lei), essencial no domínio dos serviços saúde, onde se caracterizam todas as condições do meio que permitem a posterior análise SWOT, e a parte do planeamento, ou definição de uma estratégia para atingir os resultados pretendidos, onde o papel do enfermeiro gestor é fundamental para conceber toda a estrutura de funcionamento da unidade de saúde.

O objectivo, ou meta de uma análise SWOT, é adequar as forças do serviço, na perspectiva da estratégia definida para o mesmo, às oportunidades do mercado, alicerçado nas mais valias e nas premissas das forças intrínsecas das condições, do meio envolvente, dos profissionais e das suas aptidões na prestação do serviço, procurando solucionar as fraquezas, criando soluções para se tornarem forças, otimizar as oportunidades e diminuir ou eliminar as ameaças, tornando-as em oportunidades a médio longo prazo.

Após uma reunião de elementos pertencentes ao Conselho Clínico e de Saúde, entre os quais a orientadora de estágio, chegou-se a um consenso de que seria necessário um programa de melhoria contínua de prevenção de úlceras de pressão iniciando-se pela melhoria dos registos especificamente da escala de Braden em utentes dependentes do ACeS POc. Dado não existir histórico em termos de indicadores nem número de utentes dependentes ficou clara a necessidade de identificar os referidos valores para se estabelecerem metas a atingir.

Outra das necessidades identificada, prende-se com a monitorização e acompanhamento da qualidade das UCC, e foi proposto realizar um documento tipo grelha de auditoria à semelhança do que existe para as USF.

Quanto à USF SJP, considerou-se que se deveria investir na área de gestão de recursos humanos em particular na realização dos horários de enfermagem, do plano de formação interno para 2015 assim como do plano de férias para o mesmo ano.

No seguimento da candidatura e da promoção da candidatura da USF SJP à Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da Prática Clínica, verificou-se a necessidade da realização de determinados documentos para a continuidade do processo entre os quais um procedimento relacionado com a capacidade formativa e outro para a integração de novos elementos na USF.

Foi proposto ainda a participação na gestão corrente da USF SJP, e tal como em anos anteriores foi realizada no início do ano de 2015 a contratualização interna e externa das metas a atingir durante o ano.

A determinação da prioridade destes problemas surge através da utilização do método de Hanlon em que a pontuação aos critérios da amplitude, gravidade do problema foi de 10, e eficácia da solução e exequibilidade do projeto foi de 20 pontos.

Desta forma surgiu o programa a realizar com dois projetos inseridos no mesmo. O programa denomina-se “Qualidade na Gestão em Enfermagem”.

4. PROGRAMA “ QUALIDADE NA GESTÃO EM ENFERMAGEM”

Juntamente com a Direção do ACeS POc e após uma análise organizacional interna e da determinação de finalidades, decidimos as prioridades de ação implementando um programa dirigido para a gestão em enfermagem e tendo por base o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (RPCEG), denominado por “**Qualidade na Gestão em Enfermagem**” com atividades direcionadas para as áreas de gestão de recursos humanos, a gestão de risco e melhoria contínua da qualidade em enfermagem.

Face às necessidades identificadas no diagnóstico da situação, em consenso com a orientadora de estágio, optei por desenvolver o Programa constituído por dois projetos, designados “Qualidade na Gestão de Recursos Humanos” e “Qualidade e Segurança dos Cuidados”.

Segue-se o planeamento do programa:

Entidade Promotora: AceS PO

Entidade Executora: AceS PO CS e nomeadamente a aluna do Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

Horizonte Temporal: O Programa “Mais e Melhor Gestão” será realizado entre Setembro de 2014 e Fevereiro de 2015, conforme o Cronograma de atividades (Anexo I).

População Alvo: Os profissionais do AceS PO

Justificação do Programa: Tendo por base as necessidades identificadas no Diagnóstico da Situação relacionados com a gestão de recursos humanos e a melhoria contínua da qualidade relacionada com os registos na prevenção das úlceras de pressão e com o acompanhamento das UCC, criamos um programa do qual fazem parte dois projetos, na tentativa de minimizar as necessidades referidas.

Finalidade do Programa: Sensibilizar para a importância da gestão com qualidade e dos programas de melhoria contínua.

Objetivo Geral: Contribuir para uma gestão em enfermagem com mais qualidade.

Objectivos Específicos: Os objectivos específicos deste programa são os objectivos gerais descritos nos dois projetos posteriormente apresentados.

- Contribuir para uma melhor gestão de pessoas tendo em conta as dotações seguras e a legislação em vigor;
- Diminuir a incidência das úlceras de pressão e promover a sua identificação precoce através de um programa de melhoria contínua da qualidade dos

registos na prevenção de úlceras de pressão e de um procedimento para aplicação e registo da escala de Braden em utentes dependentes do ACeS PO;

- Realizar documento de trabalho para acompanhamento da qualidade das UCC e grelha de auditoria;
- Promover a candidatura da USF SJP à acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica;
- Contribuir para os processos de gestão da USF SJP.

Estratégias:

As estratégias utilizadas foram essencialmente reuniões com a Vogal do Concelho Clínico e de Saúde Enfª Carla Ferraz do ACeS PO, dando a conhecer o programa e projetos a desenvolver durante o estágio de Gestão em Enfermagem. Também foi realizada uma reunião com os enfermeiros da Comissão de Feridas do AceS PO para promover o seu envolvimento assim como colher contributos dando conhecimento do Programa a desenvolver relacionado com as úlceras de pressão para posterior avaliação do mesmo por esta comissão.

As atividades desenvolvidas focaram-se, essencialmente, na elaboração de documentos e procedimentos para uso das unidades do ACeS PO.

Execução

A Execução é a etapa que permite desenvolver o Programa e Projetos planeados que vão permitir resolver ou minimizar as necessidades identificadas. Com o intuito de dar resposta ao Programa e Projetos foram desenvolvidas atividades, que serão descritas em seguida, para dar resposta aos respetivos projetos.

As atividades do estagio de Gestão em enfermagem foram planeadas e realizadas tendo por base o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (RPCEG) , nos domínios da competência acrescida definidas para o enfermeiro gestor que são a gestão e a assessoria de gestão.

4.1 Projeto “ Qualidade na Gestão de Recursos Humanos”

A gestão de recursos humanos é das áreas da gestão a que mais desafios apresenta para um gestor. A denominação de gestão de pessoas prende-se com o fato de que as pessoas são mais que meros recursos, tendo cada elemento da equipa especificidades. Um

líder deve conhecer muito bem a sua equipa e cada elemento para desta forma conseguir com a soma das partes fazer um todo que responda às necessidades da organização.

É fundamental a preocupação da gestão das pessoas e as relações entre estas e delas com o trabalho. No campo da saúde, tal como em muitas outras áreas, a questão de trabalho em equipa tornou-se um tema central, dado ser uma das formas de melhorar a qualidade de prestação de cuidados de saúde e de melhorar a satisfação profissional.

Na realidade, a ideia de trabalho em equipa nada tem de novo, apenas se tem dado mais relevância na atualidade. O trabalho em equipa sempre existiu no sentido em que todo o trabalho é sempre resultado da participação de um colectivo, e não apenas de um sujeito no singular.

Porém, quando se salienta esta participação colectiva, aquilo de que se está a falar é de colectivos de trabalho e não propriamente de trabalho em equipa. A noção de trabalho em equipa não comporta apenas o colectivo de trabalho, mas sim um modo específico de articulação funcional entre os elementos desse colectivo.

Para além da realização da função que lhe é destinada cada elemento da equipa está funcionalmente implicado na qualidade final do resultado obtido pelo colectivo de trabalho, o que requer uma contínua articulação funcional entre as diferentes prestações profissionais. A responsabilidade de cada profissional não se restringe apenas à concretização dos procedimentos, mas inclui também a avaliação e o eventual reajustamento desses procedimentos em conformidade com os objectivos finais pretendidos.

Objectivo Geral: Adequar os recursos humanos existentes às necessidades da organização.

Objectivos Específicos : Realizar horário de enfermagem para a USF SJP de acordo com as normas instituídas para as USF Modelo B e a legislação em vigor; realizar as escalas mensais para a equipa de enfermagem da USF SJP tendo em conta as necessidades de serviço; realizar o Plano de Formação interna de 2015 da USF SJP.

Estratégias : Criação de documentos como os horários de enfermagem da USF SJP , da escala mensal de enfermagem, plano de férias e do plano de formação. Posteriormente apresentar em reunião de Conselho Geral à equipa e após aprovação do mesmo publicar em pasta partilhada acessível a toda a equipa multiprofissional.

Atividades realizadas:

Atividade 1: Horário de Enfermagem(Anexo II)

Objetivo: Definir horários de enfermagem de acordo com as normas instituídas.

O método de trabalho dos enfermeiros da USF SJP é por enfermeiro de família sendo que cada enfermeiro presta todos os cuidados de enfermagem necessários a um grupo de famílias que lhe está atribuída.

Sendo assim, foi realizado o horário dos profissionais de enfermagem cumprindo as regras de elaboração exigidas para a tipologia de USF. Cada enfermeiro tem horário de consulta de enfermagem programada que deve preencher todas as horas da semana das 8-20h, de forma a que o utente possa realizar o agendamento da sua consulta de enfermagem de acordo com as suas necessidades. Também tem horários de consulta aberta para situações não programadas de acordo com alguns critérios definidos.

O horário foi realizado na USF SJP, aprovado em reunião de grupos profissionais pelos elementos de enfermagem da equipa e em reunião de Conselho Geral. De acordo com as normas de qualidade foi publicado na unidade acessível a todos os utentes.

Estratégia de avaliação: Verificar a funcionalidade da organização do horário da equipa de enfermagem.

Atividade 2: Escalas mensais da equipa de enfermagem USF SJP (Anexo III)

Objetivo: Organizar o trabalho mensal da equipa de enfermagem.

Foi organizado o horário para os profissionais de enfermagem da USF SJP, em escalas mensais tendo em conta a legislação vigente (o Art.º 56º do DL 437/91 de 8 de novembro), a norma para o calculo de Dotações Seguras dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, regulamento nº 533/2014) e o método de trabalho da USF SJP. Também elaborei as escalas mensais para a distribuição dos elementos pelos turnos, sendo que nesta tipologia de unidade o horário realizado por cada enfermeiro está estabelecido pelo referido em atividade anterior, mas com alterações de acordo com ausências programadas ou não programadas

Estratégia de avaliação: Verificar a funcionalidade do horário e a satisfação dos profissionais questionando os mesmos nas reuniões realizadas.

Atividade 3: Plano de Férias de 2015 da USF SJP(Anexo IV)

Objetivo: Elaborar plano de férias assegurando os serviços da unidade.

Foi elaborado o plano de férias anual para 2015, após reunião com a equipa de enfermagem, e apresentado em reunião do Conselho geral para aprovação.

Estratégia de avaliação: verificar no ano seguinte a adequação das ausências por férias com as necessidades de serviço e com as ausências não programadas.

Atividade 4 : Plano de Formação Interno de 2015 da USF SJP (Anexo V)

Objetivo: Programar a formação em serviço de acordo com as necessidades e vontades dos elementos da equipa.

O plano de formação interna foi elaborado após um levantamento das necessidades de formação da equipa multiprofissional da USF SJP.

Estratégia de avaliação: Relatório de avaliação do plano de formação realizado através do estudo do questionário de satisfação feito aos profissionais nas formações.

4.2 Projeto “Qualidade e Segurança dos Cuidados”

Este projeto está relacionado com o investimento na melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde e na gestão de risco.

Nos serviços de saúde, a necessidade de implementar Sistemas de Gestão da Qualidade é fundamental no sentido de fornecer evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada nos níveis desejados, e para que se possa rastrear os processos utilizados para a sua obtenção.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 define que “A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.”(DR , 2015, p. 13551)

Objetivo Geral : Promover a melhoria contínua da qualidade na saúde

Objetivos Específicos: Elaborar um plano de melhoria contínua da qualidade na área das úlceras de pressão; realizar documento de trabalho de Acompanhamento Interno da Qualidade das Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC); redigir o Plano de Acompanhamento Interno em 2015; promover a candidatura da USF SJP à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica.

Estratégias : Foram utilizadas reuniões para apresentar os documentos elaborados e para a formação aos profissionais do ACeS para apresentar o trabalho de melhoria contínua dos registos das úlceras de pressão. Para as restantes atividades foram realizados documentos sobre os temas.

Atividades realizadas:

Atividade 5: Plano de Acompanhamento Interno em 2015(Anexo VI).

Objetivo: Conseguir melhoria na qualidade nos registros no Programa de Saúde do Diabético.

O Plano de Acompanhamento Interno nas USF surge paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica dos serviços tratando-se de um processo de autoavaliação numa área que a equipa da unidade verifique erros ou dificuldades para após auditorias realizadas internamente se consigam melhorias na qualidade.

A escolha do tema do Plano de Acompanhamento Interno (PAI) em 2015, da equipa da USF São João do Porto, recaí sobre o tema da Melhoria da Qualidade dos Registos no Programa de Saúde do Diabético. Desta forma, elaborei, como elemento do Conselho técnico o PAI de 2015 da USF SJP.

Estratégias de avaliação: Auditoria interna.

Atividade 6 : Plano de Melhoria Contínua da Qualidade dos Registos na Prevenção das Úlceras de Pressão

Objetivo: Melhorar registos nos Sistemas de Informação (SI) para a prevenção da úlceras de pressão.

Foi realizado um plano de melhoria contínua dos registos na prevenção das úlceras de pressão (UP) em contexto da visita domiciliária, mais especificamente, da avaliação do risco do desenvolvimento das UP em utentes dependentes em contexto de domicílio do ACeS PO, com a aplicação da escala de Braden e uma melhoria dos registos da mesma nos SI. Para melhor consulta foi realizado o procedimento de Melhoria Contínua da Qualidade dos Registos na Prevenção das Úlceras de Pressão (Anexo VII).

Estratégias de avaliação: Auditoria interna aos registos.

Atividade 7: Grelha de acompanhamento interno da qualidade das Unidades de Cuidados à Comunidade (Anexo VIII)

Objetivo: Melhorar a qualidade organizacional das UCC.

Foi realizado o documento de trabalho para o acompanhamento interno da qualidade das Unidades de Cuidados à Comunidade (UCC) e de uma grelha de auditoria.

Estratégias de avaliação: Verificação da sua aplicabilidade prática nas UCC.

Atividade 8 : Contratualização para o ano de 2015 da USF SJP (Anexo IX)

Objetivo: Negociar as metas a atingir em 2015.

A contratualização para o ano de 2015 da USF SJP teve duas etapas, uma primeira em que foram analisados os indicadores do ano de 2014, ação realizada pelo coordenador da unidade, pelo conselho técnico do qual faço parte e por um secretário clínico. Após este estudo, fizemos a nossa proposta com as metas a atingir durante o ano de 2015. Foi então apresentada esta tabela de indicadores e metas em reunião de conselho geral que após aprovação ficou definido como os valores para a negociação com o ACeS PO. A segunda etapa traduziu-se na reunião com o Conselho Executivo e Clínico do ACeS PO em que foram negociadas as metas a atingir durante o ano de 2015 do compromisso para este ano.

Esta negociação fez-se num ambiente de reflexão e entendimento das metas atingidas e das que se pretende atingir. Para tal, a USF SJP fez o seu Plano de Ação para 2015 em que além das metas são definidos os objetivos e as estratégias adotadas para se conseguir, com o envolvimento de toda a equipa, atingir as metas propostas, com a procura da excelência dos cuidados e da maior satisfação possível dos utente.

Estratégia de avaliação: Monitorização mensal dos indicadores.

Atividade 9 : A promoção da candidatura da USF SJP à Acreditação da Idoneidade

Formativa dos Contextos da Prática Clínica

Objetivo: Acreditar a USF SJP à idoneidade formativa dos contextos da prática clínica.

Foi dinamizado todo o processo de candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos da prática clínica com a carta de motivação e com a submissão de todos os documentos necessários à mesma na plataforma da Ordem dos Enfermeiros.

Neste sentido, porque faltavam os documentos relativos à capacidade formativa e à integração de novos elementos na unidade funcional, realizei o procedimento da Prática Tutelada em Enfermagem descrevendo a capacidade formativa da USF (Anexo X) e o procedimento de integração de novos elementos (Anexo XI).

Estratégia de avaliação: Verificação da aprovação da candidatura e futura acreditação.

5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Tal como já referi, as atividades do estágio de Gestão em enfermagem foram planeadas e realizadas tendo por base o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (RPCEG), nos domínios da competência acrescida definidas para o enfermeiro gestor: a gestão e a assessoria de gestão. Foram também de encontro ao programa e projetos definidos.

A análise reflexiva do processo e resultado da aquisição e desenvolvimento das competências no contexto de estágio de Gestão em Enfermagem é um momento em que aplicando os conhecimentos adquiridos fundamentados se consegue consolidar e interligar a aprendizagem teórica e prática. Permite a análise do percurso desenvolvido, as condições facilitadoras e inibidoras do processo de aprendizagem, em termos da concepção e implementação das atividades, e a autoavaliação.

No domínio da gestão e relacionado com a garantia de uma unidade e equipa com resposta adequada às necessidades dos clientes, em cuidados de saúde, o investimento foi na gestão dos recursos humanos sendo realizado o horário de enfermagem, as escalas mensais com as alterações necessárias assim como o plano de férias da USF SJP.

As organizações são estruturas sociais, uma vez que são constituídas por pessoas que, trabalhando em conjunto, pretendem atingir um determinado objectivo, isto é, recorrem a determinados recursos para alcançarem os objectivos organizacionais. Estes podem ser simplesmente o lucro, ou responder às necessidades da sociedade em que se encontra inserida. No entanto, o objectivo será sempre lucrar algo, ainda que não seja de forma económica (Dubrin, 2003).

“O homem moderno passa a maior parte do seu tempo dentro de organizações, das quais depende para nascer, viver, aprender, trabalhar, ganhar seu salário, curar suas doenças, obter todos os produtos e serviços de que necessita.” (Chiavenato, 1994, p. 54)

Para Bilhim (1996, p. 21), "a organização é uma entidade social, conscientemente coordenada, gozando de fronteiras delimitadas, que funciona numa base relativamente contínua, tendo em vista a realização de objectivos".

Segundo Teixeira (2005, p. 24) “Qualquer organização é composta por duas ou mais pessoas, que interagem entre si, através de relações recíprocas, para atingirem objectivos comuns”.

Cunha e colaboradores (2007, p. 38) definem as organizações como “conjuntos de pessoas que trabalham de forma coordenada para atingir objectivos comuns”

Os recursos numa organização são considerados como pilares e podem ser explorados de forma económica. Na verdade, os recursos – que assumem vários aspectos: materiais, humanos, financeiros, de mercado e administrativos (Chiavenato, 2005), constituem a base de criação dos produtos e/ou de prestação de serviços ao cliente.

A Gestão Estratégica de Recursos Humanos, tem como propósito, ajudar a transformar cada colaborador, num trabalhador com saberes, assim como num empreendedor interno com a capacidade de integrar equipas motivadas e autossuficientes, trabalhando em rede, de forma a obter novas oportunidades para a criação de valores.

Sousa et al. (2006, p.9), definem Gestão de Recursos Humanos (GRH) como “um conjunto de ações conduzidas pela função de recursos humanos com o propósito de alcançar determinados objectivos”.

Caetano (1999, cit. in Fonseca 2004), refere-se a GRH como gestão estratégica de recursos humanos uma vez que integra políticas de gestão de recursos humanos da organização com a estratégia cooperativa, as filosofias de emprego, os principais valores da organização, as competências organizacionais e os processos de negócios que acrescentam valor à organização.

Assim sendo, as pessoas assumem uma maior responsabilidade e um lugar de destaque no seio da organização, constituindo os recursos organizacionais prioritários, sendo vistos como estratégicos. São o pilar das organizações que as distingue e torna-as mais competitivas e produtivas.

A gestão dos recursos humanos consiste num conjunto de funções e de atividades, no que se refere às pessoas que integram uma organização, e que incluem: Planeamento dos Recursos Humanos; Recrutamento e Seleção de Pessoal; Integração dos Recursos Humanos; Análise e Descrição de Funções; Avaliação de Desempenho; Higiene e Segurança no trabalho; Formação Profissional e Desenvolvimento Pessoal; Controlo e Auditoria de Recursos Humanos (Bilhim, 2002, 2007).

Das funções da gestão de recursos humanos fazem parte quatro vertentes: Planeamento, que engloba a definição dos objectivos e das estratégias a seguir; Organização de todo o processo, isto é, as ações a executar, como, onde e por quem; Liderança e Controlo, que compreende a motivação das pessoas e a resolução de conflitos; Avaliação do desempenho, mediante o que anteriormente foi planeado (Bilhim, 2007).

Dos recursos humanos fazem parte todas as pessoas que colaboram numa organização, sendo os recursos organizacionais mais complexos, pelo que necessitam de

maior ponderação por parte dos gestores e requerem especialização e um nível de conhecimento elevado. Assim, o gestor de recursos humanos, deve ter a capacidade de ver a organização como um todo, identificando ao mesmo tempo as partes que a constituem, para se tornar o elo de ligação entre as pessoas e a instituição.

Na área da enfermagem, na perspectiva de Frederico e Leitão (1999), as fases que constituem a Gestão de Recursos Humanos são a Dotação e Cálculo de Pessoal, Recrutamento e Seleção, Integração, Formação, Avaliação do Desempenho e Carreira.

Dotação e cálculo de pessoal em enfermagem estão relacionados com as atividades realizadas com o intuito de estabelecer quantitativamente e qualitativamente a relação entre a equipa de enfermagem e a prestação de cuidados aos utentes, não só numa perspectiva económica, mas também no aspecto do plano de ação, traduzindo a avaliação do nível de cuidados de enfermagem prestados.

Vários factores influenciam o cálculo do pessoal da equipa, todos eles de grande relevância na qualidade dos cuidados prestados. Por exemplo, o Sistema de Classificação de Doentes, permite ao gestor de enfermagem confrontar-se com dados acerca da qualidade, da produtividade e dos custos do serviço, possibilitando-lhe melhorar a performance dos cuidados de enfermagem (Parreira, 2005).

No recrutamento dos candidatos, o gestor terá que reconhecer quais as características que terá que ter o melhor profissional, aquele que melhor se adapta ao cargo correspondente e pretendido pela organização, isto é, escolher a pessoa com melhores qualificações para o cargo. É a fase que antecede a da seleção, que consiste na escolha adequada e fundamentada da pessoa que irá ocupar o cargo. As duas fases, recrutamento e seleção, visam em conjunto determinar as capacidades e qualificações do candidato. Torna-se muito importante que desde logo se defina os critérios de seleção dos profissionais.

A formação profissional está diretamente relacionada com os objectivos de conhecimento pessoais e profissionais, com o objectivo de melhorar as competências visando a contínua promoção e atualização da valorização pessoal e profissional dos colaboradores da organização.

A avaliação do desempenho pressupõe uma apreciação sistemática da performance profissional do trabalhador face às funções que desempenha no sentido de melhorar os resultados pretendidos. O avaliador não olha para a pessoa, mas para o seu desempenho, avaliando o seu trabalho. Este processo permite verificar se um funcionário ocupa o cargo de forma correta, pois é através dele que se determinam as competências técnicas, científicas e relacionais de um colaborador.

Outros autores, Sousa, Duarte, Sanches e Gomes (2006), salientam também como processo da gestão de recursos humanos, o sistema de recompensas e o desenvolvimento de competências. O sistema de recompensas, é definido pela organização em função do desempenho dos seus colaboradores, sendo que este prémio poderá ser material ou não.

Este sistema de recompensas aos trabalhadores visa determinados objectivos organizacionais; um deles, e talvez o mais importante, será motivar os seus colaboradores e, conseqüentemente, aumentar a produtividade, e simultaneamente elevar o grau de competitividade da empresa. Valorizar as competências profissionais dos funcionários e o seu desempenho através da recompensa gera motivação e satisfação e, desta forma, os objectivos da organização não serão comprometidos.

De facto, para o enfermeiro gestor a área de gestão de recursos humanos, pode ser a que maiores dificuldades e desafios apresentam. No entanto, também a mais motivadora. Muitas vezes, separar a pessoa do profissional não é fácil, e até impossível, dado que as características pessoais estão sempre presentes na atividade do profissional.

O enfermeiro gestor deve conhecer a sua equipa e identificar quais os pontos fortes e as fraquezas de cada elemento, aproveitando o que cada um tem para conseguir atingir os objetivos organizacionais, e responsabilizando cada um, por esses objetivos. Para realizar o horário de enfermagem além da legislação em vigor, o conhecimento da equipa que se lidera é necessário perceber o método de trabalho a utilizar e mais adequado ao contexto.

O método de trabalho dos enfermeiros da USF SJP é por enfermeiro de família sendo que cada enfermeiro presta todos os cuidados de enfermagem necessários a um grupo de famílias que lhe está atribuída. Denote-se que o enfermeiro de família é responsável por um grupo de famílias, combinando atividades de prestação de cuidados, atuando no seio da família e da comunidade. Este papel multifacetado e a proximidade com as famílias colocam-no em situação privilegiada para constituir a interface entre todos os profissionais que intervêm no processo do cuidar.

Wright e Leahey (2002) dizem que é na família e com a família que o enfermeiro de família trabalha. O foco da sua atenção é, como se entende, a própria família, e a meta dos seus cuidados prestados é trabalhar com toda a família bem como, com todos os seus membros individualmente, a fim de promover comportamentos saudáveis, compreender as suas necessidades e economizar recursos existentes. O enfermeiro de família visa “atingir o máximo potencial de saúde para todos” (Ordem dos enfermeiros, 2002, p.187), pois reconhece que qualquer alteração num dos elementos da família exerce uma grande influencia no funcionamento e na saúde da mesma. Esta tem, também, uma ação recíproca

na saúde de cada um dos elementos; quer os comportamentos de saúde, quer os de risco são maioritariamente aprendidos no contexto familiar (Ordem dos enfermeiros, 2002).

A norma para o Calculo das dotações seguras dos cuidados de Enfermagem (p. 15) define as horas de cuidados de enfermagem necessárias por atividade/área de intervenção, e refere que “para efeitos de fixação da dotação do número de enfermeiros necessários (EN) em cada Unidade de Saúde Familiar (USF), aplica-se o seguinte rácio: 1 Enfermeiro/1.550 utentes ou 1 Enfermeiro/350 famílias”.

Dado a USF SJP ser uma unidade modelo B o nível de contratualização de desempenho é mais exigente, além de incentivos institucionais, estão previstos incentivos financeiros aos profissionais das USF deste modelo organizativo (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro). As listas de utentes atribuídas a cada enfermeiro de família são maiores podendo atingir os 1750 utentes/ enfermeiro. Os incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de saúde que integram USF Modelo B são aferidos pela compensação de atividades específicas (apenas no caso dos médicos) e compensação de desempenho (todos os profissionais, médicos, enfermeiros e pessoal administrativo) (DCARS, 2009).

Na USF SJP cada enfermeiro de família tem em média cerca de 1900 utentes na sua lista, sendo necessário o horário ser estruturado com parcelas de horário para consulta programada, para grupos vulneráveis e de risco, consulta aberta para situações não programadas e consulta domiciliária. Cada lista de cada enfermeiro pode ter especificidades de acordo com as características como por exemplo o número de idosos.

Quanto á **garantia do desenvolvimento da equipa que gere** preconizado no RPCEG foi realizado o Plano de Formação Interno USF SJP 2015, o procedimento de integração de novos elementos na equipa USF SJP e o procedimento capacidade formativa da USF SJP.

A formação é um processo contínuo e dinâmico de construção do conhecimento, através do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico reflexivo, que conduz à evolução pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade.

No contexto da prática e do desenvolvimento profissional de enfermagem, ciência do conhecimento, a questão da formação deve ser entendida nas suas diferentes vertentes como a educação permanente, a formação contínua e a formação em serviço.

Numa sociedade de conhecimento em permanente mudança, a vertente da formação em contexto de trabalho deve ser tida como primordial, no sentido de uma maior satisfação dos profissionais e de uma melhor qualidade na prestação de cuidados ao cidadão.

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são unidades funcionais constituídas por uma equipa multiprofissional (médicos, enfermeiros e secretários clínicos), detentoras de

autonomia organizativa, funcional e técnica, que funcionam num quadro de contratualização interna de objetivos de acessibilidade, efetividade, eficiência e qualidade.

O Conselho Técnico é um órgão funcional das USF, composto por um médico e um enfermeiro, sujeito a eleição inter pares, com funções, entre outras, de organização do processo de formação permanente, contínua e em serviço.

A formação permanente em enfermagem encontra-se descrita no decreto-lei nº9/94, que visa a promoção da atualização e da valorização pessoal e profissional dos funcionários e agentes. Está também consagrada no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que considera o direito dos enfermeiros ao acesso à formação contínua.

O artigo 63º do decreto-lei 437/91, estipula que os serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação permanente dos enfermeiros e que estes têm direito à utilização de um período correspondente a 42 horas por ano em comissão gratuita de serviço para efeitos de atualização e aperfeiçoamento profissional.

A educação profissional tem como o objectivo o racionalismo técnico, isto é, programar alguém para executar determinada tarefa ou profissão. Assim surge um novo paradigma, a racionalidade crítica que se baseia na prática profissional e nas competências subjacentes a esta para num exercício prático reflexivo dar lugar à construção do saber. Neste contexto surge, a supervisão clínica na enfermagem, que procura na educação a sua fundamentação pedagógica.

A supervisão da prática clínica tem um papel crucial no desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros, quer em formação quer em processos de integração num primeiro contacto com a vida profissional.

Abreu (2007, p.177) diz-nos que a supervisão clínica na enfermagem é uma relevante dimensão nos processos de promoção da qualidade e da acreditação.

Para Canário (1997,p.26)“a optimização do potencial formativo das situações de trabalho em termos de formação passa, pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir do processo formativo”.

Tudo isto cria espaço para melhorias da prática clínica dos enfermeiros e ajuda-os na reflexão das suas ações, promovendo competências, novas formas de aprendizagem e procura de apoio profissional.

De acordo com o decreto 298/2007 de 22 de Agosto, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF), estas são

equipas multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca.

Representam um novo modelo organizacional flexível, que se opõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. As funções de gestão e execução/ realização tendem a fundir-se ao nível operacional (Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro).

As USF têm como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

O Conselho Técnico, de acordo com o artigo 14º do referido decreto de lei, é constituído por um médico e um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional.

Compete ao Conselho Técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade; avaliar o grau de satisfação dos utentes e profissionais da USF; elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas; organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação.

O enfermeiro do Conselho Técnico assume assim um papel fundamental na formação multiprofissional dos vários elementos da equipa da USF na definição, implementação e regulação das políticas de incentivo à formação permanente.

O enfermeiro do Conselho Técnico assume no processo de formação um papel fundamental, no sentido em que tem a responsabilidade de, em complementaridade com o representante médico do conselho, reunir informação relevante que indique de forma clara, objetiva e fiável as reais necessidades formativas da equipa multidisciplinar da unidade de saúde.

De acordo com as reais necessidades de formação identificadas e/ou expressas, o Conselho Técnico pondera a participação em formação contínua e planeia as estratégias de formação em serviço.

Na área da formação contínua, perante a diversidade da formação e de acordo com o interesse do profissional e do serviço, o Conselho Técnico dá parecer, com base em critérios definidos, relativo à participação dos elementos da equipa em congressos, jornadas, pós graduações e outros cursos.

Na área da formação em serviço é elaborado o plano de formação interna, numa perspectiva de transversalidade à equipa multidisciplinar, envolvendo todos os seus elementos, que participam ativamente no processo de formação, quer como formandos, quer como formadores. Baseado em princípios de complementaridade e interdisciplinaridade, o plano de formação, tem em vista não só o reforço dos conhecimentos técnico científicos de toda a equipa mas também a promoção do espírito de grupo, do trabalho de equipa, da cooperação, da partilha multidisciplinar e de outras competências relacionais. O plano de formação é algo dinâmico, sendo a sua implementação monitorizada continuamente ao longo do ano, podendo ser adicionadas formações de temas problemáticos ou pertinentes.

Na área da formação em serviço, além da formação interna na USF é também estimulada a participação em ações de formação promovidas pelo gabinete da gestão de conhecimento da Administração Regional de Saúde.

Quando os profissionais frequentam ações de formação, participam em congressos ou similares é fomentada a partilha dos conhecimentos adquiridos com os restantes elementos da equipa, em reunião multiprofissional ou inter pares.

Constituindo-se o local de trabalho como um local privilegiado para uma formação contextualizada, específica e adaptada à realidade do serviço e da população alvo dos cuidados de enfermagem, o conselho técnico assume-se como facilitador da aprendizagem, promovendo a reflexão crítica sobre a prática quotidiana ou situações problema, estimulando o debate de casos, a discussão em equipa de artigos científicos, favorecendo com estas estratégias a construção dos conhecimentos.

A equipa é estimulada à prática sistemática de auditorias clínicas, que conduzam à excelência da qualidade técnico-científica e organizacional da unidade. Por conseguinte, anualmente é definida pela equipa uma área de melhoria, sendo elaborado o plano de acompanhamento interno e realizada respetiva avaliação, cabendo ao conselho técnico a elaboração das sugestões de melhoria, que são colocadas em discussão por toda a equipa, no sentido da implementação efetiva de medidas corretivas das não conformidades detetadas.

O Conselho Técnico tem, ainda, um papel fundamental na promoção de boas práticas, através da divulgação, discussão e implementação efetiva das normas de orientação clínicas definidas pelas entidades competentes, para que a prática dos cuidados seja baseada na melhor e mais atualizada evidência científica.

Na área da investigação, o conselho técnico emite parecer acerca dos projetos de investigação a decorrer na USF, de acordo com as normas técnicas, científicas e éticas em vigor.

De acordo com ex-ministro da saúde, responsável pela criação das USF, Campos, (2008, p.100), nas USF “a gestão do conhecimento consiste em colocar ao alcance de cada funcionário e gestor a informação que necessita no momento preciso para que a sua atividade seja efetiva”.

Na USF SJP o Conselho Técnico foi eleito por interpares sendo constituído por um médico de família e por um enfermeiro de família que no caso é representado por mim.

Também **no domínio da gestão, para garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem** foi realizado o Plano de Acompanhamento Interno da USF SJP para 2015 sobre o tema da Melhoria da Qualidade dos Registos no Programa de Saúde do Diabético.

O Plano de Acompanhamento Interno (PAI) surge no âmbito da carta de compromisso da USF São João do Porto, tratando-se de um documento que se baseia “numa linha de orientação comum, quer organizacional, quer clínico” (D.R., Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril, p. 2279)

Os registos clínicos, tanto médicos como de enfermagem são uma competência do trabalho quotidiano dos profissionais, em que estes dispensam parte relevante do seu tempo na sua elaboração. A importância dos registos é atualmente reconhecida e considerada indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação.

Na atualidade, a utilização dos sistemas de informação electrónicos nos processos de registo proporciona maior segurança e efetividade para a continuidade dos cuidados médicos e de enfermagem, não só dentro da mesma instituição como entre as diferentes instituições.

Este é um documento que se realiza todos os anos para acompanhamento interno da qualidade criando-se uma grelha de auditoria que se aplica com a periodicidade pré-estabelecida, que no caso é de três meses sendo desta forma mais fácil a detecção de falhas e a sua correção atempada. Tem como objetivo final atingir as metas contratualizadas. Trata-se de um trabalho que exige dedicação da equipa responsável e de envolvimento de toda a equipa multiprofissional.

A área visada por este plano de acompanhamento vai alterando de acordo com a necessidade que se verifica relacionada com a dificuldade em atingir as metas.

No domínio da gestão e relacionado com a garantia da implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem foi realizado o Plano de Melhoria Contínua da Qualidade dos Registos na Prevenção da Úlcera de Pressão com a realização de um procedimento para a aplicação e registo da Escala de Braden em todos os utentes dependentes do ACeS PO.

A qualidade e segurança são fundamentais na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes, sendo necessários em todos os contextos assistenciais. A finalidade é sempre, garantir elevados padrões de qualidade na área da saúde.

O gestor de risco é o elemento da organização com a função de dinamizar, conferir credibilidade e autenticidade ao programa de gestão de risco, através da identificação e análise das áreas problemáticas e consequente criação de medidas de prevenção e controlo do risco clínico.

Segundo os estatutos da Ordem dos Enfermeiros e o Código Deontológico, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e pelas atividades que desenvolve, comporta consequentemente um grau de risco ponderável. No entanto, é fundamental assegurar ao cliente a maior segurança possível, o que confere à gestão do risco uma importância inestimável e incontornável.

A incidência de eventos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados e um instrumento de perda financeira e de custos por parte dos serviços de saúde, o que implica um maior empenho dos sistemas de saúde para prevenir os eventos adversos e aumentar, desta forma, a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados (WHA, 2002; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2006).

A Ordem dos Enfermeiros define que “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objectivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 2).

Segundo CNA (2003, p. 2), “a criação de uma cultura aberta de notificação de eventos adversos e *near misses* e a divulgação dos eventos adversos ao cliente e sua família são necessários para suportar uma boa prática clínica e para desenvolver um sistema de segurança do cliente”. A importância atribuída à segurança do cliente, de forma a prestar cuidados de enfermagem seguros, tanto na perspectiva do enfermeiro como na perspectiva do cliente, tem vindo a ter cada vez mais importância.

A gestão do risco clínico pressupõe um compromisso dos gestores e uma participação ativa de todos os profissionais.

Segundo Oliveira (2005, p. 13), os objectivos da gestão do risco (clínico e não clínico) são: “desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar os riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efetivas; proteger o hospital e respectivo pessoal de responsabilidades legais”.

Segundo Oliveira (2005) as vantagens da cultura de segurança no contexto da gestão do risco clínico, são a melhoria da comunicação entre todos os intervenientes (gestores de topo, enfermeiros, clientes e familiares); promoção do trabalho em equipa de qualidade; optimização da articulação interprofissional; criação e articulação de guidelines e protocolos de atuação explícitos.

A implementação de uma eficaz gestão do risco clínico implica a criação de “(...) mecanismos formais capazes de avaliar a efetividade das estratégias, dos planos e dos processos da gestão do risco” (OLIVEIRA, 2005, p. 13).

O processo de gestão do risco pode ser definido como um conjunto de procedimentos e de objectivos pré-definidos, com o intuito de promover uma cultura de segurança nas organizações de saúde (ISO/DIS 31000, 2008).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2026) “visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.” (PNSD 2015-2020, p.8)

Um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 é prevenir a ocorrência de úlceras de pressão com metas para o final de 2020 de “95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementarem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão” e “reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.” (PNSD, 2015-2020, p.9).

Por tudo o que foi descrito percebe-se a elevada importância de investir em programas de melhoria contínua relacionados com a prevenção das UP.

Será necessário falar da importância dos Sistemas de Informação para a correta documentação de todas as atividades e cuidados prestados pelos enfermeiros.

As organizações de saúde têm a necessidade de Sistemas de Informação (SI) disponíveis que possam ser utilizados como instrumentos que traduzam, de forma real, informação relevante para a qualidade e otimização dos processos de gestão e governação clínica. Os sistemas de informação são um conjunto de elementos interrelacionados com capacidade de recolher, armazenar, processar e disponibilizar informação com o objetivo de apoiar o planeamento, controlo, coordenação, análise e tomada de decisão. (Silva, 2001).

A informação e os dados documentados, resultantes do exercício profissional dos enfermeiros, são de elevada importância para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Com a evolução dos registos em papel para os SIE informatizados houve uma evolução ao nível da estrutura e do conteúdo dos dados, sendo ultrapassados algumas limitações de disponibilização da informação. De grande relevância, foi a inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) procedendo-se à articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada, para efeitos da nomeação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Outra das vantagens, muito importante, resulta do facto dos Sistemas de Informação potenciarem, no que respeita às políticas de Saúde, a produção de indicadores, a monitorização da qualidade, a formação, a tomada de decisão e o financiamento.

Para falarmos em indicadores com qualidade, a utilização de uma linguagem classificada torna-se imperativa, para ser possível trabalhar a informação e extrair dela todos os contributos.

Ao produzir indicadores de processo e resultado, específicos da atividade de enfermagem, que traduzem ganhos em saúde, pode verificar-se uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem nos relatórios de saúde oficiais. O desenvolvimento dos SI permitem a comunicação e a partilha de dados e/ou informação entre as várias unidades funcionais e hospitais.

Nos cuidados de saúde primários, onde exerço funções, o sistema utilizado como SIE é o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este está orientado para a atividade diária do enfermeiro e visa a organização e o tratamento da informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do cliente.

Desde que foi implementado, o SAPE tem vindo a sofrer atualizações no sentido de melhorar o resultado final. Inicialmente, causou algum desconforto e dificuldade na utilização, mas com a devida formação dos enfermeiros conseguiu-se aumentar o nível de eficiência no que se refere à utilização do SAPE.

Também a incorporação da Plataforma de Dados em Saúde (PDS) veio facilitar a consulta e partilha de informação/dados do cliente, fundamentais para uma melhor qualidade na prestação dos cuidados de saúde. O MIMUF, e o SIARS, disponibilizam informação da monitorização e das unidades funcionais, como indicadores do mês anterior, resultado dos dados inseridos em SINUS/SAM/SAPE.

No entanto, ainda existe um longo caminho a percorrer para uma melhoria contínua da relevância dos registos de enfermagem e dos SI, que permita, de uma forma mais eficiente e efetiva, medir a qualidade dos serviços e melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

A USF SJP foi a unidade piloto nos CSP, excepto ULS, na utilização do SClínico que integra o SAPE mas com uma apresentação diferente sendo o elo de ligação com a SPMS na procura de identificar erros e reportar para uma melhoria contínua do SI o que envolveu toda a equipa de enfermagem. Nesta fase, que iniciou no início de 2014 e terminou no início do ano de 2015, as alterações apenas estavam ligadas ao lay-out do sistema.

No início de 2015, foi proposto pela mesma entidade que a USF SJP fosse a unidade piloto para a nova parametrização dos registos de enfermagem em SI.

Em parceria com o interlocutor da Ordem dos Enfermeiros e a da SPMS tenho vindo a colaborar com o envio de sugestões para melhoria da nova parametrização, assim como na detecção de erros para a sua posterior correção.

No **domínio da gestão**, juntamente com o Conselho Clínico do ACeS PO iniciei a realização de um documento de trabalho o documento de trabalho para o acompanhamento interno da qualidade das UCC com a realização de uma grelha de auditoria. Foi enviado para a ARS Norte para apreciação.

A necessidade da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados assim como da organização e gestão das unidades funcionais é de enorme importância quer para os utentes quer para os profissionais.

Desta forma, à semelhança do já existente DioR nas USF que se confirma ser uma excelente ferramenta para o acompanhamento da qualidade destas unidades através de uma grelha de auditoria, verifica-se a necessidade de um sistema idêntico para as UCC.

O DioR USF é “um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, consiste num conjunto de 163 critérios, organizados em seis áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos), que permitem a autoavaliação, a avaliação interpares e a avaliação externa”. (Biscaia,J; Pisco, 2001, p. 46)

No **domínio da acessória de gestão** foi realizada a contratualização interna e externa para o ano de 2015 relativa às metas a atingir pela USF SJP assim como a avaliação dos resultados obtidos no ano de 2014.

Mensalmente foram monitorizados os indicadores contratualizados assim como outros de interesse para o funcionamento da unidade.

Aos profissionais das USF, que se organizam de forma voluntária na escolha das equipas, é exigido o cumprimento de um plano de ação, com objetivos definidos, baseados no desempenho. Estabelecidos os objetivos passa-se à negociação de metas a atingir, baseadas no desempenho, isto é, a contratualização.

A contratualização é “um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, baseada na autonomia e responsabilidade das partes e sustentado num sistema de informação que permita um planeamento e uma avaliação eficazes, considerando como objeto do contrato metas de produção, acessibilidade e qualidade” (Escoval, 2013). Trata-se de um processo que visa garantir a acessibilidade com os melhores padrões de qualidade possíveis.

Os objetivos da contratualização são: “Reduzir o hiato entre o estado de saúde atual e o estado de saúde desejável da população...”; Intensificar os esforços de promoção da saúde e de prevenção da doença...; Incentivar a cultura da prestação de cuidados de saúde em equipa, com realce para a equipa multiprofissional de saúde da família...; Basear-se em indicadores que a evidência científica demonstra que podem conduzir a ganhos em saúde...; Promover a responsabilização das entidades prestadoras através da negociação transparente e responsabilizante de metas para os indicadores...; Induzir nas unidades prestadoras mecanismos de autorregulação que orientem a prática no sentido da excelência da prestação de cuidados de saúde, da eficiência do sistema de saúde e da satisfação dos utentes e dos profissionais; Promover a autonomia técnica das unidades prestadoras e a participação dos profissionais na definição e implementação das estratégias necessárias para atingir os objetivos acordados, em função dos recursos humanos, técnicos e financeiros que estão efetivamente disponíveis; Premiar, através da atribuição de incentivos institucionais, os ACES e as equipas com melhor desempenho assistencial e económico-financeiro.” (ACSS, 2014, p. 9)

O processo da contratualização inicia-se, em cada ACES, considerando as “necessidades em saúde detetadas a nível nacional, regional e local identificadas no Plano Nacional de Saúde, nos Planos Regionais de Saúde, no Plano de Atividades dos ACES e nos Planos de Ação das Unidades Funcionais.” (ACSS, 2014, p. 9)

A contratualização com os CSP tem por base a contratação de cuidados de saúde e está organizada em dois subprocessos: “a contratualização externa, realizada entre as ARS e os respetivos ACES, formalizada com a negociação dos Planos de Desempenho e a assinatura dos Contrato-Programa e a contratualização interna, realizada entre os ACES e as respetivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso.” (ACSS, 2014,p11)

O processo de contratualização tem em termos gerais três fases: a negociação que é a fase dos “trabalhos preparatórios da negociação até à assinatura do Contrato-Programa entre a ARS e os ACES e das Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, na qual se efetua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta o preconizado pela política de saúde definida para o período, as restrições orçamentais e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco.”(ACSS, 2014 p. 12)

A monitorização e acompanhamento “em que se efetua a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise.”(ACSS, 2014 p. 12)

A avaliação que é a fase que termina o ciclo do processo de contratualização em que além de se prestar contas, é um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo.

O “ processo de contratualização nos cuidados de saúde primários deve estar alinhado com o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), incluindo o subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1).” (ACSS, 2014 p. 14)

A negociação está relacionada com um conjunto de indicadores e metas que permitem avaliar o desempenho assistencial da unidade funcional que compõem o ACeS ,assim como os resultados em saúde alcançados para a população.

As orientações estratégicas da política de saúde preconizadas no Plano Nacional de Saúde para a obtenção de ganhos em saúde privilegiam as dimensões do acesso, da qualidade, do desempenho assistencial e do desempenho económico-financeiro.

A contratualização entre as ARS e os ACES de 2015 tem por base uma matriz de 20 indicadores, organizada em três eixos.

A contratualização para o ano de 2015 da USF SJP teve duas etapas, uma primeira em que foram analisados os indicadores do ano de 2014, ação realizada pelo coordenador da unidade, pelo conselho técnico do qual faço parte e por um secretário clínico. Após este estudo, fizemos a nossa proposta com as metas a atingir durante o ano de 2015. Foi então

apresentada a tabela de indicadores e metas em reunião de conselho geral que após aprovação ficou definido como os valores para a negociação com o ACeS PO.

A segunda etapa traduziu-se na reunião com o Conselho Executivo e Clínico do ACeS PO em que foram negociadas as metas a atingir durante o ano de 2015 do compromisso para o ano corrente.

Esta negociação fez-se num ambiente de reflexão e entendimento das metas atingidas, das que se pretende atingir e de medidas corretoras para que se consigam as metas que ficaram aquém do desejado. Para tal, a USF SJP fez o seu Plano de Ação para 2015 em que além das metas são definidos os objetivos e as estratégias adotadas para se conseguir, com o envolvimento de toda a equipa, atingir as metas propostas, com a procura da excelência dos cuidados e da maior satisfação possível dos utentes.

A promoção da candidatura da USF SJP à Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos da Prática Clínica é um processo longo, com envolvimento de toda a equipa e que tem sido desenvolvida por toda a equipa com o objetivo de iniciar a implementação do Programa dos PPQCE nas diferentes organizações.

Cada organização nomeou um enfermeiro dinamizador do programa que teve formação promovida pela Ordem dos Enfermeiros que incidiu sobre as seguintes temáticas: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, importância dos programas de melhoria contínua, Sistemas de Informação em Enfermagem e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Estes dinamizadores replicam esta formação a todos os enfermeiros da organização e identificam as áreas com necessidade de melhoria, tendo por referência o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos acima referidos e desenvolvem projetos de melhoria da qualidade, com os respetivos indicadores, tendo por base o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores para o Repositório Central de dados da Saúde, produzido pela OE.

A Lei nº 111 / 2009 de 16 de Setembro, no seu Artigo 7º, regulamenta que a atribuição dos títulos de Enfermeiro e Enfermeiro Especialista é feita após um período de prática profissional tutelada, o qual exige a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. No Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica estão integrados indicadores dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nas seguintes dimensões: Quadro de Referência para o exercício profissional de Enfermagem; Sistema de Melhoria Contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Nos Cuidados de Saúde Primários é designado pelo vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do ACeS um dinamizador dos PQCE por unidade funcional e um interlocutor por ACeS que tem formação em «Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem» e a transmite aos enfermeiros do seu contexto de prática clínica.

Os PQCE tem como temáticas além dos próprios enunciados descritivos, a construção e a importância dos programas de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde, os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, os sistemas de informação e a sua importância na gestão de enfermagem e na produção de indicadores e o modelo de desenvolvimento profissional.

Na USF SJP, fui nomeada dinamizadora do PPQCE, e tive formação nas áreas acima referidas. Repliquei a formação à equipa de enfermagem da unidade e desta forma procurei o envolvimento de todos os elementos para a candidatura à Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica.

O regulamento nº 515/2014, Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica, assegura a implementação da Prática Tutelada em Enfermagem.

O anexo II deste regulamento refere que “ ... partimos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e estabelecemos o enunciado descritivo A organização dos cuidados de enfermagem, como eixo organizador das diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação...” (OE , RIFCPC, p. 28748)

O processo de candidatura requer o cumprimento de todos os critérios e indicadores mencionados do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da prática clínica, o que requer o envolvimento de toda a equipa. Inicia-se com a apresentação de um requerimento acompanhado de uma Carta de Motivos.

Para que existisse a participação e envolvimento de toda a equipa no processo além da formação inicial, com o espírito de liderança participativa, foram distribuídos os processos chave e a realização dos documentos a apresentar.

Foi realizado especificamente para este processo o procedimento da Prática Tutelada em Enfermagem Rácio Supervisor/Supervisando com a capacidade formativa da USF SJP e um procedimento de integração de novos elementos na unidade.

O Estágio de Gestão em enfermagem foi um período de aprendizagem e de crescimento profissional e pessoal. As atividades desenvolvidas foram essencialmente a realização de documentos relacionados com a gestão em enfermagem, a melhoria contínua da qualidade e com a segurança dos cuidados. Embora as dificuldades que se impuseram ao longo do caminho na realização deste trabalho, creio poder afirmar que atingi as finalidades propostas de forma positiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No complicado contexto sócio económico do país e do mundo e as consequentes pressões económico- financeiras no sector da saúde, particularmente, no sector público, torna-se indiscutível a necessidade em investir na qualidade da gestão em saúde. Desta forma, torna-se possível alcançar níveis de excelência nas organizações prestadoras de cuidados de saúde.

As instituições de saúde deixaram de poder centrar a sua atenção apenas na vertente clínica da prestação de cuidados tendo que ter uma preocupação na eficiência dos seus processos, na monitorização da utilização dos seu recursos no sentido de assegurar a qualidade dos serviços e a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde.

As equipas de gestão de topo e de gestão intermédia têm um trabalho cada vez mais exigente no sentido do cumprimento das normas e das metas que são definidas pela Administração alinhadas com as propostas do Ministério da Saúde, garantindo a solvabilidade do sistema financeiro e das instituições.

Por outro lado, temos a crescente valorização do papel do utente na definição da qualidade na saúde. É importante saber o que pensam os utentes como utilizadores dos serviços e também os financiadores procurando identificar as ineficiências nos processos e implementar medidas corretoras com programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, com vista a organizações de excelência.

Campos citado por Silva et al (2011) refere que os cidadãos são capazes de identificar e de sentir a qualidade do sistema de saúde do seu país. O cidadão reconhece a qualidade e respeita o esforço de quem contribui para os seus ganhos em saúde.

É fundamental que as instituições de saúde reconheçam a necessidade de criar valor na saúde e de apostar na garantia da qualidade dos serviços prestados, o que implica uma grande capacidade adaptativa das instituições e um grande empenho na melhoria contínua da qualidade de todos os profissionais. A Direção Geral de Saúde (DGS), consagra na sua Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a adoção de prioridades estratégicas de atuação (portal da Direção Geral de Saúde) : qualidade clínica e organizacional; informação transparente ao cidadão; segurança do doente; qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde; gestão integrada da doença e inovação; gestão da mobilidade internacional de doentes; avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

A gestão da qualidade surge como resposta à necessidade de garantir o comprometimento das organizações com o objetivo de assegurar a excelência dos seus produtos/serviços. Trata-se de um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas, sistemas, procedimentos e atividades ligadas à qualidade. Portanto, a gestão da qualidade, implica um conjunto de atividades planeadas, controladas e melhoradas desenvolvidas no âmbito de um sistema de gestão da qualidade que, assentes na política da qualidade, determinam os objetivos da organização e as responsabilidades dos stakeholders. (Pires, 2007)

Os princípios da gestão da qualidade são o enfoque no cliente, visão de futuro, liderança da gestão de topo, gestão baseada em factos, melhoria contínua, estabelecimento de parcerias, participação e desenvolvimento dos colaboradores, ética, agilidade na resposta à mudança, orientação para os resultados e ação preventiva (Mendes, 2012).

O sucesso de qualquer sistema de gestão da qualidade em saúde depende do adequado comprometimento de todos os profissionais de saúde e gestores, partilhando responsabilidades e visando excelência nos cuidados de saúde, da participação, satisfação e segurança dos utentes. Desta forma todos contribuem para o processo de governação clínica, combinando responsabilização (accountability), excelência, formação adequada, auditorias clínicas, investigação e inovação, efetividade dos cuidados e gestão do risco.

Para implementar os sistemas de gestão da qualidade, é necessário proceder previamente à definição dos requisitos e padrões de qualidade desejados que vão definir o SGQ adequado às atividades da organização (Pisco & Biscaia, 2001).

Os enfermeiros contribuem no seu exercício profissional na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem nas vertentes da adequação de recursos humanos, estabelecendo normas e critérios para a avaliação do desempenho, propondo protocolos e contribuindo para a melhor funcionalidade e adequação dos sistemas de informação na prestação e registo dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a melhoria das instalações, materiais e equipamentos e colaborando nas estratégias de articulação entre instituições de saúde e instituições de ensino superior. (OE, 2014)

Em conformidade com o descrito, surge o RPCEG dada a elevada importância do enfermeiro gestor para assegurar a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.“ O perfil de competências do enfermeiro gestor integra, cumulativamente, as competências comuns e as específicas previamente adquiridas e enforma um conjunto de competências

que visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas.” (OE,2014, p.1). As competências acrescidas são as de domínio da gestão e da assessoria de gestão.

O estágio de Gestão em Enfermagem inserido no Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, permitiu o contacto real com o trabalho desenvolvido pelo Gestor de Enfermagem enriquecendo esta aprendizagem. Como fundamento para desenvolver as atividades do estágio esteve o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Foram desenvolvidas atividades com vista a uma gestão com mais qualidade e com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão, nas áreas da gestão dos recursos humanos, da gestão de risco e na implementação de sistemas de qualidade.

A maior dificuldade associada à atividade do enfermeiro gestor está relacionada com a falta de motivação e vontade dos profissionais, clínicos e não clínicos, em contribuírem com o enfermeiro gestor na sua atividade, encarando estes como ameaça à sua autonomia e às hierarquias existentes. Existe ainda muita dificuldade e resistência em assumir como líder e gestor aquele que tem formação e demonstra na prática características e perfil para o exercício das funções exigidas, apoiando aqueles que definem como tendo “jeito” mesmo que sem perfil para tal. Muitas vezes este é um dos fatores de entrave ao estímulo para os enfermeiros profissionais de outras carreiras investirem em formação académica uma vez que não vão ser reconhecidos nem valorizados. Verifica-se esta situação na gestão das USF, sendo a própria legislação a travar e limitar a melhor escolha de líder para a organização, dado o fazer pela categoria profissional e não pelas competências específicas para a função de gestão.

Embora os profissionais envolvidos na gestão dos cuidados de saúde primários afirmem que é essencial garantir a qualidade na área da gestão dos serviços de saúde, de implementar sistemas de gestão de qualidade dando-lhes continuidade, e de integrar programas de acreditação, verifica-se que na prática essas afirmações não têm a aplicabilidade pretendida, uma vez que existem deficiências organizacionais, quer nas competências e capacidades de liderança, quer na comunicação e formação adequada em matéria de gestão de serviços de saúde, gestão da qualidade e da sua importância para as organizações e para os profissionais principalmente em parte das unidades funcionais que compõem o ACeS POC. Na direção do ACeS POC verifica-se muita vontade e estímulo para estas questões mas não se traduz nas unidades funcionais que o compõem na sua maioria, dificultando a gestão do próprio ACeS POC.

Assim, e considerando que já existia no ACeS POC trabalho realizado nas áreas de gestão de recursos humanos, da gestão de risco e da implementação de sistemas de

qualidade, depois de realizada uma abordagem teórica destes temas, foram projetadas as atividades que visavam melhorar estas áreas sendo que a gestão de pessoas se direcionou para a USF SJP por ser a unidade onde exerço funções.

No RPCEG, 2014 (p. 3) na enunciado descritivo do domínio da gestão que refere “ garante a implementação da melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem” e com a unidade de competência que refere “ promove a concepção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera” foram garantidas as melhores práticas profissionais cumprindo critérios de avaliação referente ao cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo as normas de boas práticas para as quais existem procedimentos, alguns realizados durante o estágio, em que toda a equipa de enfermagem deu o seu contributo. Foi promovida a utilização dos sistemas de informação partilhando com a equipa a importância dos mesmos e dos registos de enfermagem para a produção de indicadores que demonstrem o que fazem os enfermeiros e a tradução deste cuidados em ganhos em saúde para os cidadãos.

A gestão de risco é uma área de extrema importância para a prestação de cuidados de enfermagem, e durante o estágio a atividade realizada na área das úlceras de pressão teve em vista a participação em planos de gestão de risco com a sua elaboração e implementação promovendo ambientes seguros para a segurança do utente.

Na gestão de recursos humanos, foram realizadas as escalas mensais gerindo situações imprevistas e/ou problemáticas, promovendo uma cultura de segurança dos profissionais na prestação dos cuidados de enfermagem com qualidade. Sendo assim, zelou-se pela existência de dotações seguras assegurando a gestão de recursos humanos disponíveis otimizando a sua eficiência eficácia e produtividade. Foi realizado um procedimento de integração de novos elementos na equipa de enfermagem, em contexto da atividade que visa a acreditação da idoneidade formativa em contextos da prática clínica. A contratualização interna realizada na USF SJP também é uma das funções atribuídas ao enfermeiro gestor, juntamente com a monitorização dos indicadores. Cumpre-se, assim, parte dos critérios do enunciado descritivo do RPCEG que refere “ a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas.” (OE, 2014, p. 5)

Quanto à norma que refere “ garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera” com o descritivo “ providencia oportunidades de

formação continua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece feedback construtivo, gere o desempenho profissional e constrói o trabalho em equipa... a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação.”(OE, 2014, p. 6) foi realizado durante o estágio o plano de formação da USF SJP para o ano 2015, promovendo a participação de toda a equipa. A formação e o desenvolvimento da pratica de enfermagem cumpre-se também através da candidatura da unidade à acreditação para efeitos da prática tutelada em enfermagem.

No domínio da assessoria de gestão em que o enfermeiro gestor “ desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde” dado que” assenta num corpo de conhecimento no domínio da liderança, marketing, gestão financeira, gestão de projetos, governação clínica e poder executivo, tendo como foco a intervenção política e a assessoria.” (OE, 2014, p. 7) , a atividade e estágio resumiu-se a ma participação na elaboração de um documento de acompanhamento da qualidade organizacional das UCC e na participação na contratualização na parte da negociação das metas na USF SJP.

O Estágio de Gestão em Enfermagem permitiu a reflexão e constatação de factos tais como, que é necessário assegurar que os líderes tenham competências pessoais e técnicas fundamentadas imprescindíveis para gerir e envolver as suas equipas no cumprimento das orientações estratégicas e de qualidade do ACeS reconhecendo este como a organização gestora das unidades funcionais. Muito importante investir na comunicação interna como com o exterior definindo os fluxos de informação e os responsáveis da comunicação (deveriam ser profissionais especializados na área). É fundamental garantir a estabilidade e a continuidade dos profissionais que se mostram competentes na realização das funções que lhes são atribuídas. A clara a definição de funções, responsabilidade e autoridades dentro do ACeS assim como a gestão de conflitos resultantes das relações interpessoais através de criticas construtivas e negociação, também me parece uma área a investir.

A principal vantagem do Estágio de Gestão em Enfermagem está na sua aplicabilidade prática e abrangência, combinando uma componente teórica através da revisão da literatura nas áreas a intervir, e uma parte prática com a realização de documentos de implementação de estratégias para a melhoria contínua da qualidade em áreas com necessidades acrescidas identificadas no diagnóstico de situação, conseguindo aplicar os conhecimentos aprendidos durante o mestrado assim como a aprendizagem de novos.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W.C. - Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias, e considerações didáticas. – Coimbra, Portugal: Formasau. 2007

ACeSPOC, 2013. Carta de Missão. Disponível na intranet do ACeSPOC [consultado agosto 2015]

ACSA, 2013. *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/es/index.html> [consultado a agosto 2015].

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP 1 : Metodologia da Contratualização CSP. Lisboa, 2014.

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP. Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014. Lisboa. 2014

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP 1 – Operacionalização da Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2015. Lisboa, 2015.

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE GRANDE PORTO V- PORTO OCIDENTAL . Avaliação da Satisfação dos Utentes. ACeS Porto Ocidental . Porto 2015

AFONSO, P.B. - Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa Saúde Pública. Temático: 9; 2010, p.59-64.

Alarcão, I. - Formação continuada como instrumento de profissionalização docente. Veiga (Ed.), Caminhos da profissionalização do Magistério. 3ª edição, 2003, p. 99-122.Campinas, Brasil.

ALMEIDA, L. G. D. [et al] – Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade. [Em linha] 2006. Disponível em : <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n1a6.pdf> Consultado a Janeiro 2015

ALLEM, A, C. Termos e Definições críticos em planeamento. Revista de Administração Pública. São Paulo, vol. 33, n.5. p. 143-152. 1999

ALVES, P. V. - Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho: O caso de um serviço profissional. Sísifo/Revista de ciências da educação, [Em linha] 2008, p.19-32. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05.pdf> Consultado a Dezembro 2014.

AMESTOY,S, MEILBRATH,V CESTARI,M.,THOFEHRN,M. - Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem. Cienc Cuid Saúde. Jan/Mar: 7(1), 2008, p.83-88

ARAÚJO, J. F. - Hierarquia e mercado: a experiência recente da administração gestonária. Comunicação apresentada no 2º Encontro INA - Moderna gestão pública: Dos meios aos resultados, [Em linha] Lisboa; 2000. <http://repositorium.sdum.uminho.pt> [Consultado em Fevereiro de 2015].

ATUN R. - What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network Report; 2004.

BARBOSA P.- Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal. [Em linha] 2010. <http://www.healthaction21.eu/node/305> [Consultado em Novembro de 2014]

BISCAIA, A. - A reforma dos CSP e reforma do pensamento. Revista Portuguesa Clinica Geral 22; 2006, p.67-79. (a)

BISCAIA, A; GONÇALVES I; FERREIRINHO P; CARREIRA M; ANTUNES AR; MARTINS JN: Os cuidados de saúde primários em Portugal - Reformar para novos sucessos: 1ª edição, Fundação Astrazeneca, 2005. (b)

BISCAIA, J. L.; PISCO, L. : Qualidade de Cuidados de saúde Primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 2. 2001.

BISCAIA, A. - Qualidade em saúde: uma perspectiva conceptual. Qualidade em Saúde. Nº 0. 2000,p.6-10

BILHIM, J.A.F - Gestão Estratégica de Recursos Humanos. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. 2006.

BILHIM, J.A.F. : Gestão estratégica de recursos humanos. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2007

BILHIM, J.A.F. - Questões atuais de gestão de recursos humanos. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2002

BILHIM, J. - Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas. 2.ª edição. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Artes Gráficas. 1996.

BORBA,V.R.. Do Planeamento ao Controle de Gestão Hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de janeiro: Qualitymark, 2006

BRANCO, A. & RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública , 2 . 2001, p. 5-12

CANÁRIO, R. - Formação e situações de trabalho. Porto, Portugal: Porto Editora. 1997

CAMPOS, A. - Reformas da Saúde: o fio condutor. Coimbra, Portugal: Edições Almedina. 2008

COMBINATO, D. S. ; QUEIROZ, M. S. - Estudos de Psicologia: Morte: uma visão psicossocial. [Em linha] 2006 Brasil: 11(2), p. 209-216 [Consultado Dezembro 2014] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>

CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991. cap. 15.

CHIAVENATO, I. - Gestão de Pessoas. Editora Elsevier. Campus 3ª edição. 2008.

CHIAVENATO, I. : Administração de recursos humanos. Fundamentos básicos. São Paulo: Atlas. 2006

CHIAVENATO, I. - Administração de materiais: uma abordagem introdutória. Rio de Janeiro: Editora Campus/Elsevier. 2005

CHIAVENATO, I. - Recursos humanos: edição compacta: 7. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

CHIAVENATO, I - Teoria Geral da Administração. São Paulo: Makron Books. 2002

CHIAVENATO, I. : Gerenciando pessoas: o passo decisivo para administração participativa. São Paulo: Makron Books. 1997

CHIAVENATO, I. - Teoria Geral da Administração: Abordagens descritivas e explicativas (4.ª ed.). São Paulo: Makron Books - MacGraw Hill. 1993.

COLLINS, J. C.; PORRAS, J. I.- Building your company's vision. Harvard Business Review, Boston, v. 74, n. 5, p. 65-77, sept./oct. 1996.

CUNHA, M. P., A., CUNHA, R. C. & CARDOSO, C. C. - Organizações Positivas. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 2007

CUNHA, M. Pina [et al.] – Manual de comportamento organizacional e gestão. 5ª ed. Lisboa: RH Editora. 2006

DCARS: Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de contratualização USF modelo A e modelo B. Departamento de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde; 2009.

DCARS: Metodologia de contratualização 2011. Departamento de Contratualização Administração Regional de Saúde; 2010.

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. (1991).Diário da República nº 257, I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 9/94 de 13 de Janeiro. (1994).Diário da República nº 10/94, I Série - A. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

Decreto – Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996).Diário da República nº 205/96, I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de Abril. (1998).Diário da República nº 93/98, I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº298/2007 de 22 de Agosto. (2007).Diário da República nº 161, I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

[Decreto-Lei n.º 30/2011. DR n.º 43, Série I de 2011-03-02](#) consultado em agosto 2015 disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4C47465E-C2F2-46F3-98FB-CD3F726C53B0/0/0127401277.pdf>

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2014

Diário da República, 2ª série — nº 221- 14 de novembro de 2014. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da prática clínica. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20167-2011_IdoneidadeFormContPratCli.pdf Consultado a Dezembro 2014.

Diário da República nº 201, I Série. Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro. 2007, Ministério da Saúde, Lisboa Portugal.

Diário da república. Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril. Ministério Das Finanças E Da Administração Pública E Da Saúde. 2008. Lisboa, Portugal.

Diário da República. Despacho n.º 5613/2015: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Diário da República, 1.ª série — N.º 149 — 5 de agosto de 2013. MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE. Portaria nº 245/2013. <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E0A3D8AB-0543-4E9A-BFE0-6703B5EB8B8B/36287/0461704619.pdf> Consultado em Dezembro de 2014

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016. (2013). Consultado em Dezembro de 2014 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

DOCHTERMAN, J. M. ; BULECHEK, G. M, [et. lit.] - Classificação das Intervenções (NIC). Porto Alegre: Artmed, 4ª ed., 2008.

DONABEDIAN, A. – *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.

DRUCKER, P. Administração: Tarefas, Responsabilidades e Práticas, São Paulo, Ed. Pioneira, 1975, vol. 1.

DUBRIN, A.J. - Fundamentos do comportamento organizacional. São Paulo: Thompson. 2003.

ESCOVAL A - Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores Críticos do contexto Português. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas; 2003.

ESCOVAL, A. - Evolução da Administração Pública: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português. 2003 Consultado em agosto 2015. http://www.contratualizacao.min-saude.pt/downloads_contrat/investigacao/tesedoutoramentoanaescoval.pdf

ESCOVAL A. - O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). Revista Portuguesa Saúde Pública Temático: 9; 2010: p.7-24.

ESCOVAL A; RIBEIRO RS; MATOS T T: A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. Revista Portuguesa Saúde Pública, Temático: 9; 2010: p. 41-57.

FLORENTIM, R.J.S. - A qualidade dos cuidados de saúde prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico. Revista Investigação em Enfermagem, Coimbra: Ed. Sinais Vitais, vol. Nº 13. 2006. Fevereiro, p. 15-26

FIGUEIREDO, MH ; SILVA LW. - Cuidar a Família: Um Compartilhar de Experiências Luso-Brasileiras. In 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem “Investigar para melhor Cuidar”. 2006, CDROM. ISBN 972-98149-6-1

FONSECA M. M. S. - Estratégias Empresariais, Práticas de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos. Atas do V Congresso português de Sociologia. Braga.2004, p. 83-84

FREDERICO, M., & LEITÃO, M.A.- Princípios de administração para enfermeiros. Coimbra: Formasau. 1999

FREDERICO, M.– Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto. Referência. Série 2, nº 1. 2005, p. 53-62.

GONÇALVES, V. - Gestão do risco nas organizações de saúde: percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco. ISCTE Business School. 2008

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Relatório : Acontecimento extraordinário – SNS proximidade com qualidade. Lisboa: Ministério da saúde. 2009

Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Relatório : Tempos Decisivos – SNS proximidade com a qualidade. Da necessidade de um novo modelo de governação para a reforma dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde. 2010

GELBCKE, F.L., SOUZA, L.A., SASSO, G.M.D., NASCIMENTO, E., & BULB, M.B.C. - Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. Revista Brasileira Enfermagem, 62 (1), 2009, p. 136-139.

HANSON, S. M. H. [et al.] - Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. Loures: Lusociência, 2ª ed., 2005, ISBN 972-8383-83-5.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão1.0. Geneva: ICN, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários. 2008.

ISO/DIS 31000 - Risk Management – Principles and Guidelines.2008.

- KWASNICKA, E. L. Teoria geral da Administração : uma síntese. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- LEGA, Federico, DEPIETRO, Carlo - "Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy", Health Policy , 2005, 74: 261-281.
- LIMA, A. A. de F; PEREIRA, L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. Nursing, v.66, n.6, p.43 -50, novembro,2003.
- Luz, A. - Contratualização com os Centros de Saúde na região de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2 (Volume Temático) . 2001, p. 26-41
- MATOS TT; FERREIRA AC; LOURENÇO A; ESCOVAL A - Contratualização interna vs contratualização externa. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático: 9; 2010: p. 161-180.
- MACHADO, M.C. - Gestão da saúde e o Plano Nacional 2004/2010. Cadernos de Economia, edição n.º 80 - Julho/Setembro de 2007, p. 34- 40.
- MACHAQUEIRO, SÍLVIA & LAPÃO, LUÍS Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Práticas dos Gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas . Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento de Recursos Humanos, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa. CICS-Publicações/eBooks, 2014 ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1 (p 79-87) 2014 consultado em setembro 2015
http://revistacomsoc.pt/index.php/cics_ebooks/article/view/1899
- MARCON, P. M. Proposta de um instrumento de autoanálise crítica para o Processo de Trabalho Gerencial da Enfermagem , fundamentada nos princípios da Bioética . 2004. 67f. Monografia (Especialização em Gestão dos Serviços de Enfermagem), - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MATUS, C. O Método PES – Roteiro de Análise Teórica, São Paulo, Ed. FUNDAP. 1996
- Mendes, V. d. M. P. Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras. Lisboa: Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa. 2012.
- MEZOMO,J.C- Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos. Brasil. Edição Manole Ltda. 2001.
- Ministério da Saúde - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação. Lisboa: Ministério da Saúde. 2010b
- Ministério da Saúde - Etapa II da reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Nota Informativa sobre projetos-guia de Setembro a Dezembro de 2010. Lisboa: Ministério da Saúde. 2010b
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Reagrupamento dos centros de saúde: Aspetos e princípios a ter em conta . 2012 [online], disponível em: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46> [consultado em: 14/09/2015].

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (2008), Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento [online], disponível em <http://mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1> [consultado em: 2/10/2015].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 8/2015 de 12 de janeiro. Diário da República, 1.ª série — N.º 7 — 12 de janeiro de 2015

Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação. Documento de trabalho – versão de 2012.09.30

Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde. (2006, a).

Missão para os Cuidados de Saúde Primários) - Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar. Lisboa: Ministério da Saúde. (2006, b

Missão para os Cuidados de Saúde Primários Estatísticas Globais da Unidades de Saúde Familiar – Relatório de 8 de Fevereiro de 2010. Lisboa: Ministério da Saúde. (2010)

MINTZBERG, Henry - Managing. Great Britain: Pearson. 2009

MONTANA, P. J. Administração . Tradução Robert Brian Taylor. Revisão Técnica Reinaldo O. da Silva. São Paulo: Saraiva, 1999.

NEVES, M. : O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários . Revisão sistemática da literatura. [Em linha] 2012 <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn8/serIIIn8a13.pdf> Consultado dezembro de 2014

NUNES, P. - Reforma do emprego público: breves considerações às grandes reformas em curso em Portugal. Revista de Estudos Politécnicos nº VII; 2008.

NUNES, R. - Regulação da Saúde, 2ª edição, Vida Económica, 2009.

OLIVEIRA, J. - Gestão do risco hospitalar – perspectiva multiprofissional. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. N.º 19 (Dezembro 2005). Págs. 12-15.

OPSS - Relatório Primavera 2010 - Desafios em Tempos de Crise. 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. 2014. [Em linha] http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Profil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf [Consultado a Novembro de 2014]

ORDEM ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa 2012

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer do Conselho Jurisdicional 248 – Condições do Exercício. Ordem dos Enfermeiros. 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer do Conselho Jurisdicional – Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente. Ordem dos Enfermeiros. 2006

ORDEM DOS ENFERMEIROS : DIVULGAR - Competências do enfermeiro gerais. Conselho de enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.2003

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.OE,2001 [Em linha] <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> [Consultado a Novembro de 2014]

PASCHOAL, A., MANTOVANI,M., MÉIER,M. - Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Revista Escola de Enfermagem USP, Brasil. 41(3),2007,p. 478-84.

PARREIRA, P.M. - Organizações. Coimbra: Formasau. 2005.

PEREIRA, L. F. (2003) : Qualidade : Ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. Qualidade em Saúde. N º 7.2003, Junho p. 3 -8.

PEREIRA, Filipe - Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Porto: 2007. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

PEREIRA, F. - Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, Coimbra, Formasau, 2009.

PETERSEN LA; WOODARD LD; URECH T; DAW C; SOOKANAN S: Does Pay-for-Performance improve the quality of health care? Annals of Internal Medicine 145; 2006: p. 265-272.

PIRES, A. L. - Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências. Doutoramento, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa.2002.

PINTO D; CORTE-REAL S; NUNES JM: Atividades preventivas e indicadores – Quanto tempo sobra? Revista Portuguesa Clínica Geral 26; 2010:p. 455-464.

PISCO, L.; BISCAIA J. - Qualidade de Cuidados de Saúde Primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol.2, 2001,p.43-51

PISCO, L. (enquanto coordenador da MCSP). Criação de agrupamentos de centros de saúde. Palestra sobre Reforma dos Cuidados de saúde Primários – Reconfiguração dos Centros de saúde. Viseu, 2007

PISCO L: A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia edição n.º 80 Julho/Setembro; 2007: p. 60-66.

PISCO, L. : Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. [Em linha] .2010. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/22.pdf> Consultado dezembro de 2014

RAMOS, Vítor - “A Interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital”, in CAMPOS, Luís, BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui (Ed.) Governação Dos Hospitais, Alfragide: Casa das Letras, 2009, p. 333-347.

RASMUSSEN, U,W. Manual de metodologia do planeamento estratégico: uma ferramenta científica da transição empresarial do presente para o futuro adotado para o âmbito operacional brasileiro. São Paulo. Aduaneiras,1990

REBELO, T. M. M. S. D. – Orientação cultural para a aprendizagem nas organizações: condicionantes e consequentes. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tese de doutoramento.2006

REGO, G. - Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde. Vida Económica - Editorial, S. A, Portugal, 2008.

REGO G, NUNES R E COLABORADORES - Gestão de Saúde. Prata e Rodrigues Publicações, Lda. Portugal; 2010.

RIBEIRO, J. M. - Saúde - A Liberdade de Escolher. Lisboa: Gradiva,2009.

ROBBINS, Stephen Paul, 1943 - Administração: mudanças e perspectivas. Traduzido por Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2002.

ROCHA, O. - Gestão dos recursos humanos. Lisboa: Editorial Presença,1997.

RUTHES, R. M., & CUNHA, I. C. - Contribuições para o conhecimento em gerenciamento de enfermagem sobre gestão de competências. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2007, p. 570-575.

RUTHES, R. M., & CUNHA, I. C. - Entendendo as competências para a aplicação na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, vol.61,2009 p. 109-112.

WHO: Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care; 1978.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 55, [s.l.], - Quality of care: patient safety; 2002.

WORDL HEALTH ORGANIZATION - World Alliance for Patient Safety; 2008.

WRIGHT, Lorraine M ; MAUREEN, Leahey [ed. lit.] – Enfermeiras e Famílias, um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. Brasil: Editora ROCA, 3º ed., 2002, ISBN 85-7241-346.

SÁ-CHAVES, I. - Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional. Porto: CIDInE, 1997.

SAKELLARIDES C; GONÇALVES C; CUNHA F; DUSSAULT G; BISCAIA JL; SANTA L: Relatório Acontecimento Extraordinário. Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2009.

SENGE, P. M. - The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. New York: Doubleday, 1990.

SERRANO, António; Fialho, Cândido— Gestão do conhecimento: o novo paradigma das organizações. 2ª ed. aumentada. Lisboa: FCT. 2005

SIMIONATO, M. A. W. ; OLIVEIRA, R. G. – Funções e Transformações da Família ao Longo da História. 2003

SOUSA, M. F. A. - A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. Nursing, Ano 15, no 175, 2003, p.23-33.

SOUSA, M.J., DUARTE, T., SANCHES, P.G., & GOMES, J. - Gestão de recursos humanos. Métodos e práticas. 10ª Edição. Lisboa: LIDEL – edições Técnicas Lda; 2006.

SILVA, A. P. : Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança, Porto, Dissertação de candidatura de grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001.

STONER, J. A. F; FREEMAN, R. E. Administração . Tradução Alves Calado. Revisão de conteúdo Agrícola de Souza Bethlem. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TANCREDI, F. B., BARRIOS, L. S. R. ,FERREIRA, J. H. G. - Planeamento em Saúde. volume 2 São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

TAVARES, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. 2ª edição . Cadernos de Formação 2. Lisboa1992

TAVARES, M. C. - Gestão Estratégica. São Paulo: Atlas, 2001.

TEIXEIRA, S. - Gestão das Organizações (2.ª edição). Madrid: McGraw Hill,2005.

TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem., Brasília, v.40, n.4, p.204 -209, out./dez. 1987.

THE JOINT COMMISSION - Accreditation Program: Hospital – National Patient Safety Goals. USA: The Joint Commission,2010.

THE JOINT COMMISSION - Accreditation Program: Long Term Care – National Patient Safety Goals. USA: The Joint Commission,2010.

THE JOINT COMMISSION - Accreditation Program: Medicare/Medicaid Long Term Care – National Patient Safety Goals. USA: The Joint Commission,2010.

USF-AN (Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar)- 7x7 Medidas, Novo ciclo dos Cuidados de Saúde Primários. Ideias XL, Lda. e PMP, Lda. ISBN 978-989-20-5923-5. agosto 2015

ANEXOS

Anexo I – Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DO ESTÁGIO DE GESTÃO EM ENFERMAGEM: PROGRAMA “ QUALIDADE NA GESTÃO EM ENFERMAGEM”

[illegible]

Anexo II – Horário de Enfermagem



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



HORÁRIO DE TRABALHO ENFERMEIRO

NOME	Carla Cristina Duarte Dias		
NOME CLÍNICO	Carla Dias	CÉDULA PROFISSIONAL	4-E-48649
MORADA	R. Henrique Machado, 111, 6º Esq		COD. POSTAL 4435-503 Rio Tinto
DATA DE NASCIMENTO	4 / 9 / 1981	ANO DE LICENCIAT.	2004
ENTRADA NA CARREIRA	6 / 9 / 2004	CARREIRA	Enfermagem
INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S.	4 / 4 / 2005	CATEGORIA	Enfermeira
REGIME DE TRABALHO:	40 H / SEM. <input checked="" type="checkbox"/>	Outro	H <input type="checkbox"/>
REDUÇÕES HORÁRIO:	ETE <input type="checkbox"/>	AMA <input type="checkbox"/>	EB <input type="checkbox"/>
UNIDADE DE SAÚDE	USF São João do Porto		Horário de Funcionamento 8 - 20

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h	CP	8 h 9 h	CA	8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h	
	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	CP
	10 h 11 h	CA	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	
	11 h 12 h	CD	11 h 12 h	CP	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	CA
	12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h	CD	12 h 13 h	CP	12 h 13 h	
	13 h 14 h	CP	13 h 14 h		13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CA	13 h 14 h	CP
SUB-TOTAL	6H		6H		2H		2H		6H	
TARDE	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CD	14 h 15 h	
	15 h 16 h	CA	15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h	CP
	16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h	CA	16 h 17 h		16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	CP	17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	CP	18 h 19 h		18 h 19 h	
	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	
SUB-TOTAL	2H		2H		2H		6H		2H	
TOTAL	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMICÍLIOS / SEMANA

3H

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

ETE: Estatuto Trabalhador Estudante

AMA: Licença Amamentação

EB: Equiparação Bolseiro

Outro (especificar):

Proponho o horário supra:

Data: ____ / ____ / ____

Concordo com o horário supra:

Data: ____ / ____ / ____

Concordo com o horário supra:

Data: ____ / ____ / ____

Aprovo o horário supra:

Data: ____ / ____ / ____

O Enfermeiro Carla Dias

O Coordenador

O Enfermeiro-chefe

O Director Executivo do ACES Porto Ocidental



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACES
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

HORÁRIO DE TRABALHO ENFERMEIRO

NOME

NOME CLÍNICO CÉDULA PROFISSIONAL

MORADA COD. POSTAL

DATA DE NASCIMENTO ANO DE LICENCIAT. TELEF.

ENTRADA NA CARREIRA CARREIRA

INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S. CATEGORIA

REGIME DE TRABALHO: 40 H / SEM. ☒ X Outro

REDUÇÕES HORÁRIO: ETE ☐ AMA ☐ EB ☐ OUTRO ☐

UNIDADE DE SAÚDE Horário de Funcionamento

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h		8 h 9 h	CP	8 h 9 h	CP	8 h 9 h		8 h 9 h	
	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	CD	9 h 10 h		9 h 10 h	
	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	CA	10 h 11 h		10 h 11 h	
	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	
	12 h 13 h	CD	12 h 13 h	CA	12 h 13 h	CP	12 h 13 h	CP	12 h 13 h	CP
	13 h 14 h	CP	13 h 14 h		13 h 14 h		13 h 14 h	CD	13 h 14 h	CA
SUB-TOTAL	2H		6H		6H		2H		2H	
TARDE	14 h 15 h		14 h 15 h	CP	14 h 15 h	RS	14 h 15 h		14 h 15 h	
	15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h	CP	15 h 16 h	
	16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h	CP
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	CA	17 h 18 h	
	18 h 19 h	CA	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	
	19 h 20 h	CP	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	CP	19 h 20 h	CA
SUB-TOTAL	6H		2H		2H		6H		6H	
TOTAL	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMICÍLIOS / SEMANA

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

ETE: Estatuto Trabalhador Estudante	AMA: Licença Amamentação	EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
Proponho o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Aprovo o horário supra: Data: ____ / ____ / ____
O Enfermeiro Evgénia Chernikova	O Coordenador	O Enfermeiro-chefe	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACES
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

HORÁRIO DE TRABALHO ENFERMEIRO

NOME	Florbela da Conceição Teixeira Peixoto				
NOME CLÍNICO	Florbela Peixoto	CÉDULA PROFISSIONAL	4-E-47287		
MORADA	Rua Júlio Lourenço Pinto, nº53, 8º habitação 5	COD. POSTAL	4150-004 Porto		
DATA DE NASCIMENTO	25 / 10 / 1976	ANO DE LICENCIAT.	2000	TELEF.	961942356
ENTRADA NA CARREIRA	1 / 9 / 2000	CARREIRA	Enfermagem		
INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S.	26 / 12 / 2008	CATEGORIA	Enfermeira Graduada		
REGIME DE TRABALHO:	40 H / SEM.	<input checked="" type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/> H	
REDUÇÕES HORÁRIO:	ETE <input type="checkbox"/>	AMA <input type="checkbox"/>	EB <input type="checkbox"/>	OUTRO	<input type="checkbox"/>
UNIDADE DE SAÚDE	USF São João do Porto		Horário de Funcionamento	8 - 20	

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h	CP	8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h	CA	8 h 9 h	
	9 h 10 h	CA	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	CP	9 h 10 h	
	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	CD	10 h 11 h	
	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	CP
	12 h 13 h	CP	12 h 13 h	CP	12 h 13 h	CD	12 h 13 h	CP	12 h 13 h	
	13 h 14 h		13 h 14 h		13 h 14 h	CP	13 h 14 h		13 h 14 h	
SUB-TOTAL	6H		2H		2H		6H		6H	
	14 h 15 h	CD	14 h 15 h	CA	14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	CA
	15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h	
	16 h 17 h		16 h 17 h	CP	16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	CA	18 h 19 h		18 h 19 h	
	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	CP	19 h 20 h		19 h 20 h	
SUB-TOTAL	2H		6H		6H		2H		2H	
TOTAL	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMICÍLIOS / SEMANA

3h

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

ETE: Estatuto Trabalhador Estudante	AMA: Licença Amamentação	EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
Proponho o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Aprovo o horário supra: Data: ____ / ____ / ____
O Enfermeiro Florbela Peixoto	O Coordenador	O Enfermeiro-chefe	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



HORÁRIO DE TRABALHO ENFERMEIRO

NOME

NOME CLÍNICO CÉDULA PROFISSIONAL

MORADA COD. POSTAL

DATA DE NASCIMENTO ANO DE LICENCIAT. TELEF.

ENTRADA NA CARREIRA CARREIRA

INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S. CATEGORIA

REGIME DE TRABALHO: 40 H / SEM. ☒ Outro

REDUÇÕES HORÁRIO: ETE ☐ AMA ☐ EB ☐ OUTRO ☐

UNIDADE DE SAÚDE Horário de Funcionamento

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

C	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h	CA	8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h	
	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	CP	9 h 10 h		9 h 10 h	CP
	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	CP	10 h 11 h	CA
	11 h 12 h	CP	11 h 12 h	CP	11 h 12 h	CA	11 h 12 h	CD	11 h 12 h	
	12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h	CP
	13 h 14 h	CD	13 h 14 h		13 h 14 h	CD	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	
SUB-TOTAL	6H		4H		6H		4H		6H	
	14 h 15 h	CA	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	CP
	15 h 16 h	CP	15 h 16 h	CA	15 h 16 h	CP	15 h 16 h	CP	15 h 16 h	
	16 h 17 h		16 h 17 h	CP	16 h 17 h		16 h 17 h	CA	16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	CP	17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	
	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	
SUB-TOTAL	2H		4H		2H		4H		2H	
TOTAL	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMÍLIOS / SEMANA

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

ETE: Estatuto Trabalhador Estudante	AMA: Licença Amamentação	EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
Proponho o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Aprovo o horário supra: Data: ____ / ____ / ____
O Enfermeiro	O Coordenador	O Enfermeiro-chefe	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACeS
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

HORÁRIO DE TRABALHO ENFERMEIRO

NOME	RITA GASPAR VIDEIRA				
NOME CLÍNICO	RITA VIDEIRA	CÉDULA PROFISSIONAL	4-E-03925		
MORADA	AV.FERNÃO MAGALHÃES 925, 2 ESQD FR		COD. POSTAL	4350-167 PORTO	
DATA DE NASCIMENTO	26 / 5 / 1966	ANO DE LICENCIAT.	2001	TELEF.	932632576
ENTRADA NA CARREIRA	11 / 6 / 1991	CARREIRA	Enfermagem		
INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S.	4 / 7 / 2011	CATEGORIA	Enfermeira		
REGIME DE TRABALHO:	40 H / SEM.	<input checked="" type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/> H	
REDUÇÕES HORÁRIO:	ETE <input type="checkbox"/>	AMA <input type="checkbox"/>	EB <input type="checkbox"/>	OUTRO	<input type="checkbox"/>
UNIDADE DE SAÚDE	USF São João do Porto		Horário de Funcionamento	8 - 20	

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h	CP	8 h 9 h		8 h 9 h	CA
	9 h 10 h	CP	9 h 10 h	CP	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	
	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	CD	10 h 11 h		10 h 11 h	
	11 h 12 h		11 h 12 h	CA	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	CP
	12 h 13 h	CA	12 h 13 h		12 h 13 h	CP	12 h 13 h		12 h 13 h	
	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	PAUSA	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	
SUB-TOTAL	6H		6H		5H		1H		6H	
TARDE	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	CD	14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CA	14 h 15 h	CD
	15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h		15 h 16 h	
	16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h	CP	16 h 17 h	CP	16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	CA	17 h 18 h		17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	CP	18 h 19 h		18 h 19 h	
	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	CA	19 h 20 h	
SUB-TOTAL	1H		2H		6H		6H		1H	
TOTAL	7H		8H		11H		7H		7H	

HORAS PARA DOMÍLIOS / SEMANA

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

ETE: Estatuto Trabalhador Estudante	AMA: Licença Amamentação	EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
Proponho o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Aprovo o horário supra: Data: ____ / ____ / ____
O Enfermeiro	O Coordenador	O Enfermeiro-chefe	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACeS
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

NOME

NOME CLÍNICO CÉDULA PROFISSIONAL

MORADA COD. POSTAL

DATA DE NASCIMENTO ANO DE LICENCIAT. TELEF.

ENTRADA NA CARREIRA CARREIRA

INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S. CATEGORIA

REGIME DE TRABALHO: 40 H / SEM. ☒ Outro

REDUÇÕES HORÁRIO: ETE ☐ AMA ☐ EB ☐ OUTRO ☐

UNIDADE DE SAÚDE Horário de Funcionamento

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h		8 h 9 h	CP	8 h 9 h	CA	8 h 9 h	CP	8 h 9 h	
	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	CD	9 h 10 h	CA	9 h 10 h	
	10 h 11 h		10 h 11 h	CA	10 h 11 h		10 h 11 h	CP	10 h 11 h	
	11 h 12 h		11 h 12 h	CP	11 h 12 h	CP	11 h 12 h		11 h 12 h	
	12 h 13 h		12 h 13 h	CD	12 h 13 h		12 h 13 h	CA	12 h 13 h	CP
	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CP	13 h 14 h		13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CD
SUB-TOTAL	2H		6H		6H		6H		2H	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
	14 h 15 h		14 h 15 h	CP	14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	
	15 h 16 h		15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h	CP
	16 h 17 h	CP	16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	CA
	19 h 20 h	CA	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	CP
SUB-TOTAL	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	
TOTAL	6H		2H		2H		2H		6H	
	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMICÍLIOS / SEMANA

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

AMA

AMA: Licença Amamentação		EB: Equiparação Bolseiro		Outro (especificar):	
<input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	Concordo com o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	<input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	Concordo com o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	<input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	Aprovo o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/>
Sandra Costa	O Coordenador	O Enfermeiro-chefe	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental		

Cód. Art. 531023203



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACeS
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

HORÁRIO DE TRABALHO ENFERMEIRO

NOME Sónia Marisa da Silva Casimiro

NOME CLÍNICO Sónia Casimiro CÉDULA PROFISSIONAL 4-E-23930

MORADA R. Calouste Gulbenkian nº 169 P3 H4 COD. POSTAL 4050-145

DATA DE NASCIMENTO 17.09.1971 TELEF. 926696646

ENTRADA NA CARREIRA 13 / 9 / 1994 CARREIRA Enfermagem

INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S. 13 / 4 / 2004 CATEGORIA Enfermeira

REGIME DE TRABALHO: 40 H / SEM. ☒ Outro ☐ H

REDUÇÕES HORÁRIO: ETE ☐ AMA ☐ EB ☐ OUTRO ☐

UNIDADE DE SAÚDE USF São João do Porto Horário de Funcionamento 8 - 20

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h	
	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	
	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	
	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	CP	11 h 12 h	
	12 h 13 h		12 h 13 h	CP	12 h 13 h	CP	12 h 13 h		12 h 13 h	CD
	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CD	13 h 14 h	CD	13 h 14 h		13 h 14 h	CP
SUB-TOTAL	2H		2H		2H		6H		2H	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
	14 h 15 h		14 h 15 h		14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	
	15 h 16 h	CP	15 h 16 h	CP	15 h 16 h		15 h 16 h	CA	15 h 16 h	CP
	16 h 17 h		16 h 17 h		16 h 17 h	CP	16 h 17 h		16 h 17 h	CA
	17 h 18 h	CA	17 h 18 h	CA	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h	CA	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	CP
	19 h 20 h	CP	19 h 20 h	CP	19 h 20 h	CA	19 h 20 h		19 h 20 h	
SUB-TOTAL	6H		6H		6H		2H		6H	
TOTAL	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMICÍLIOS / SEMANA 3H

OBSERVAÇÕES (VER INFORMAÇÃO VERSO)

ETE: Estatuto Trabalhador Estudante	AMA: Licença Amamentação	EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
Proponho o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Concordo com o horário supra: Data: ____ / ____ / ____	Aprovo o horário supra: Data: ____ / ____ / ____
O Enfermeiro <u>Sónia Casimiro</u>	O Coordenador _____	O Enfermeiro-chefe _____	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental _____



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACeS
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

NOME

NOME CLÍNICO CÉDULA PROFISSIONAL

MORADA COD. POSTAL

DATA DE NASCIMENTO ANO DE LICENCIAT. TELEF.

ENTRADA NA CARREIRA CARREIRA

INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S. CATEGORIA

REGIME DE TRABALHO: 40 H / SEM. ☒ Outro

REDUÇÕES HORÁRIO: ETE ☐ AMA ☐ EB ☐ OUTRO ☐

UNIDADE DE SAÚDE Horário de Funcionamento

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h		8 h 9 h		8 h 9 h	CP	8 h 9 h		8 h 9 h	
	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	
	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	CD	10 h 11 h		10 h 11 h	
	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	CP	11 h 12 h		11 h 12 h	
	12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h	CD	12 h 13 h	
	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CA	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CP
SUB-TOTAL	2H		2H		6H		2H		2H	
TARDE	14 h 15 h	CP	14 h 15 h		14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	
	15 h 16 h	CD	15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h	CA	15 h 16 h	CP
	16 h 17 h	CA	16 h 17 h	CP	16 h 17 h		16 h 17 h	CP	16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	CA
	18 h 19 h	CP	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	CA	18 h 19 h	
	19 h 20 h		19 h 20 h	CA	19 h 20 h		19 h 20 h	CP	19 h 20 h	CP
SUB-TOTAL	6H		6H		2H		6H		6H	
TOTAL	8H		8H		8H		8H		8H	

HORAS PARA DOMÍLIOS / SEMANA

AMA: Licença Amamentação	EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
<input type="text" value="___ / ___ / ___"/> Concordo com o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/> _____ Carlos Sousa O Coordenador	<input type="text" value="___ / ___ / ___"/> Concordo com o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/> _____ O Enfermeiro-chefe	<input type="text" value="___ / ___ / ___"/> Aprovo o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/> _____ O Director Executivo do ACES Porto Ocidental



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



ACeS
porto ocidental
Agrupamento de Centros de Saúde

NOME

NOME CLÍNICO CÉDULA PROFISSIONAL

MORADA COD. POSTAL

DATA DE NASCIMENTO ANO DE LICENCIAT. TELEF.

ENTRADA NA CARREIRA CARREIRA

INÍCIO DE FUNÇÕES NO C.S. CATEGORIA

REGIME DE TRABALHO: 40 H / SEM. ☒ Outro

REDUÇÕES HORÁRIO: ETE ☐ AMA ☐ EB ☐ OUTRO ☐

UNIDADE DE SAÚDE Horário de Funcionamento

HORÁRIO - INDICAR HORAS E ACTIVIDADES (CONFORME LEGENDA NO VERSO)

	2ª FEIRA		3ª FEIRA		4ª FEIRA		5ª FEIRA		6ª FEIRA	
	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES	HORÁRIO	ACTIVIDADES
MANHÃ	8 h 9 h	CP	8 h 9 h	CP	8 h 9 h		8 h 9 h	CP	8 h 9 h	CP
	9 h 10 h		9 h 10 h	CA	9 h 10 h		9 h 10 h		9 h 10 h	CA
	10 h 11 h		10 h 11 h	CP	10 h 11 h		10 h 11 h		10 h 11 h	CP
	11 h 12 h		11 h 12 h	CD	11 h 12 h		11 h 12 h		11 h 12 h	CD
	12 h 13 h		12 h 13 h	PAUSA	12 h 13 h		12 h 13 h		12 h 13 h	CP
	13 h 14 h	CA	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CD	13 h 14 h	CP	13 h 14 h	CP
SUB-TOTAL	6H		5H		6H		6H		6H	
TARDE	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	RS	14 h 15 h	CP	14 h 15 h	CP
	15 h 16 h		15 h 16 h	CP	15 h 16 h	CA	15 h 16 h		15 h 16 h	
	16 h 17 h		16 h 17 h	CA	16 h 17 h	CP	16 h 17 h		16 h 17 h	
	17 h 18 h		17 h 18 h	CP	17 h 18 h		17 h 18 h		17 h 18 h	
	18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h		18 h 19 h	
	19 h 20 h		19 h 20 h		19 h 20 h	CA	19 h 20 h		19 h 20 h	
SUB-TOTAL	1H		6H		1H		2H		1H	
TOTAL	7H		11H		7H		8H		7H	

HORAS PARA DOMÍCILOS / SEMANA

AMA: Licença Amamentação		EB: Equiparação Bolseiro	Outro (especificar):
<input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	Concordo com o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	Concordo com o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/>	Aprovo o horário supra: Data: <input type="text" value="___ / ___ / ___"/>
Ana Paulo Magano	O Coordenador	O Enfermeiro-chefe	O Director Executivo do ACES Porto Ocidental

Anexo III- Escalas mensais da equipa de enfermagem USF SJP



Horário de Janeiro 2015

MEC	NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
12189	Ana Paula Magano		Fe			Fe	MT	M	M	M			A	A	M	M	M			M	MT	M	M	M			M	MT	M	M	To	
12490	Carla Dias		M			A	M	T	M	M			M	M	T	M	M			M	M	To	Fe	Fe			Fe	Fe	Fe	M	M	
11633	Carlos Sousa		T			T	T	M	MT	T			T	T	M	MT	T			To	T	M	MT	T			T	T	M	MT	T	
13709	Eugenia Chernikova		To			T	M	T	T	T			T	M	T	T	T			T	M	T	T	T			T	M	T	T	T	
14619	Florbela Peixoto		M			M	T	M	M	M			M	T	M	M	To			M	T	M	M	M			M	T	M	M	M	
6731	Madalena		M			To	T	M	T	M			M	T	M	T	M			M	T	M	T	M			M	T	M	T	M	
15052	Rita Videira		To			M	M	MT	T	M			M	M	MT	T	M			M	M	MT	T	M			M	M	MT	T	M	
12115	Sonia Casimiro*		T			T	T	T	M	T			T	T	T	M	To			T	T	T	M	T			T	T	T	M	T	
318579	Sandra Costa**		T			T	M	M	M	T			To	M	M	M	T			T	M	M	M	T			T	M	M	M	T	
	MANHÃ	0	3	0	0	2	5	6	6	5	0	0	4	4	6	6	4	0	0	5	5	6	5	4	0	0	4	4	6	6	4	0
	TARDE	0	3	0	0	4	5	4	4	4	0	0	3	4	4	4	3	0	0	3	5	3	4	4	0	0	4	5	3	4	4	0

*Sónia Casimiro - ETE

**Sandra Costa - Aleitamento Materno

R: Reunião CT

To : Tolerância

Fo: formação

Horário sujeito a alterações de acordo com as necessidades de Serviço

Anexo IV - Plano de Férias de 2015 da USF SJP

Janeiro

[illegible]

Fevereiro

[illegible]

Marco

[illegible]

Abril

MEC	NOME	1	2	3		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
12189	Ana Paula Magano	P																							L					
12490	Carla Dias	A																						I						
11633	Carlos Sousa	S																						B						
13709	Eugenia Chernikova	C																						E						
14619	Floreba Peixoto	O																					R							
6731	Madalena	A																					D							
15052	Rita Videira																						A							
306464	Sandra Costa																						D							
12115	Sónia Casimiro																						E							

Maio

[illegible]

Junho

MEC	NOME	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
12189	Ana Paula Magano										P													S							
12490	Carla Dias										R													A							
11633	Carlos Sousa										O													O							
13709	Eugenia Chernikova										T																				
14619	Florbela Peixoto										U													J							
6731	Madalena										G																				
15052	Rita Videira										A													O							
306464	Sandra Costa										L													A							
12115	Sónia Casimiro																							O							

1. No máximo 2 pessoas por período de férias (caso se verifique que os turnos não ficam devidamente assegurados apenas 1 pessoa)
2. Obrigatório um período de no mínimo 11 dias úteis
3. No máximo 4 períodos no ano
4. Apenas e só 11 dias no período de época alta (Junho a Setembro inclusive)
5. Em caso de mais que 2 elementos verificar anos anteriores para desempate
6. As quinzenas devem ser respeitadas durante o mês de forma a não entrar noutros (programadas de 1 a 15 e 15 a 30)

Julho

[illegible]

Agosto

[illegible]

Setembro

[illegible]

Outubro

[illegible]

Novembro

[illegible]

Dezembro

[illegible]

Anexo V - Plano de Formação Interno de 2015 da USF SJP



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO DE FORMAÇÃO INTERNO 2015

USF São João do Porto

Conselho Técnico:

Maria João Sena Esteves

Sónia Marisa da Silva Casimiro

Porto | janeiro 2015

Nota Introdutória

O desempenho e prestação de cuidados de excelência requer não só a formação inicial mas uma formação ao longo da vida. A formação permanente é uma condição indispensável para assegurar o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. A formação em contexto de trabalho é uma estratégia útil que facilita uma aprendizagem significativa, contextualizada e específica, alicerçada na reflexão crítica da prática quotidiana.

O Conselho Técnico, de acordo com as suas competências legalmente definidas, assume ser um elemento dinamizador na formação permanente, no incentivo à investigação e na promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

A formação é um processo contínuo e dinâmico de construção do conhecimento, através do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico reflexivo, que conduz à evolução pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade.

No contexto da prática e do desenvolvimento profissional a questão da formação deve ser entendida nas suas diferentes vertentes como a educação permanente, a formação contínua e a formação em serviço.

A formação permanente é um processo contínuo de aprendizagem que se inicia com a conclusão da formação profissional básica e a obtenção do título profissional através do qual o indivíduo adquire e aprofunda conhecimentos e capacidades, que visam o desenvolvimento pessoal e profissional que se repercute na melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados. É constituída pela formação contínua e pela formação em serviço.

A formação contínua é obtida em Jornadas, Congressos, Fóruns, Programas, e outros, e pela realização de leituras técnico-científicas e revisões bibliográficas.

A formação em serviço é a restante parcela da formação permanente, visando também os mesmos objetivos, que se desenrola em simultâneo com a prática profissional, de forma a integrar os conhecimentos teóricos obtidos pelos diferentes profissionais da equipa multiprofissional.

O plano de formação em serviço foi realizado após o Conselho Técnico reunir informação relevante que indique de forma clara, objetiva e fiável as reais necessidades formativas da equipa multidisciplinar da unidade de saúde.

O plano de formação em serviço foi elaborado, numa perspetiva de transversalidade à equipa multidisciplinar, envolvendo todos os seus elementos, que participam ativamente no processo

de formação, quer como formandos, quer como formadores. Baseado em princípios de complementaridade e interdisciplinaridade, o plano de formação, tem em vista não só o reforço dos conhecimentos técnico científicos de toda a equipa mas também a promoção do espírito de grupo, do trabalho de equipa, da cooperação, da partilha multidisciplinar e de outras competências relacionais. O plano de formação é algo dinâmico, sendo a sua implementação monitorizada continuamente ao longo do ano, podendo ser adicionadas formações de temas problemáticos ou pertinentes.

Na área da formação em serviço, além da formação interna na USF é também estimulada a participação em ações de formação promovidas pelo gabinete da gestão de conhecimento da Administração Regional de Saúde.

Quando os profissionais frequentam ações de formação, participam em congressos ou similares é fomentada a partilha dos conhecimentos adquiridos com os restantes elementos da equipa, em reunião multiprofissional ou inter pares.

As formações em serviço serão avaliadas por um questionário individual a preencher pelos formandos.

O local para a realização das formações em serviço será a sala de reuniões da USF SJ do Porto.

Conteúdo Programático	Objetivo Geral	Data	Formadores	Metodologia	Avaliação
Gestão de conflitos	Identificar estratégias para gerir conflitos	11/02	Manuel Viana (M) Rita Videira (E) Paulo Santos (SC)	Expositivo dialogado	Questionário
Expressão Facial		18/03	Álvaro Ferreira da Silva (M)	Workshop	Questionário
Sigilo profissional	Conhecer normas relacionadas com sigilo profissional	08/04	Prof. Pinto Hespanhol	Brainstorming	Questionário
Workshop Ganhos em Saúde USF São João	Partilhar estratégias para ganhos em saúde	13/05	Astrazeneca	Expositivo dialogado	Questionário
Literacia em Saúde	Definir literacia em saúde	17/06	Sofia Correia Pinto (M) Evgénia Chernikova (E) Nelson Magalhães (SC)	Expositivo dialogado	Questionário
Siglas e abreviaturas em	Identificar o significado das	08/07	A designar (M,E)Mónica	Expositivo	Questionário

Cuidados de Saúde Primários	siglas utilizadas em CSP		Sousa(SC)	dialogado	
Cessação Tabágica	Reforçar conhecimentos sobre consulta de cessação tabágica	16/09	João Pinto (M) Sónia Casimiro (E) Paula G. Pereira (SC)	Expositivo dialogado	Questionário
Processo de Acreditação da USF	Definir o processo de acreditação das USFs	14/10	Maria João Esteves (M) a designar(E) Fernando Sales (SC)	Expositivo dialogado	Questionário
Urgências na USF – situações urgentes /mala de emergência	Identificar urgências na USF	11/11	Paulo Pessanha (M) Floribela Peixoto (E) Isabel Martins (SC)	Expositivo dialogado	Questionário
Gestão do stress /prevenção do burn-out	Definir stress, burnout e moobing e estratégias para a sua prevenção	09/12	Pinto Hespanhol (M) Madalena Rocha (E) Ana Sousa (SC)	Expositivo dialogado	Questionário

Legenda:

M- médico

E- enfermeiro

SC-secretário clínico

O Plano de Formação está sujeito a alterações, de acordo com as necessidades da unidade funcional.

Referências Bibliográficas

Alves, P. V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho: O caso de um serviço profissional. *Sísifo/Revista de ciências da educação*, 19-32. Disponível em <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05.pdf>. Consultado a 19 de janeiro 2015.

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. (1991).Diário da República nº 257, I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 9/94 de 13 de Janeiro. (1994).Diário da República nº 10/94, I Série - A. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

Decreto – Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996).Diário da República nº 205/96, I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de Abril. (1998).Diário da República nº 93/98, I Série - A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº298/2007 de 22 de Agosto. (2007).Diário da República nº 161, I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro. (2007). Diário da República nº 201, I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Anexo VI - Plano de Acompanhamento Interno em 2015



Plano de Acompanhamento Interno

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTOS NO PROGRAMA DA DIABETES

Autores:

Conselho Técnico USF São João do Porto

Dr.ª Maria João Sena Esteves

Enfª Sónia Casimiro



Índice

1. INTRODUÇÃO	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
3. IDENTIFICAÇÃO DOS GESTORES E AUDITORES.....	6
4. OBJETIVOS A ATINGIR.....	7
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	8
6. CIRCUITO DO UTENTE.....	9
7. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES.....	10
8. INDICADORES DE DESEMPENHO	12
9. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO	14
10. LISTA DE VERIFICAÇÃO	15
11. RELATÓRIO INTERMÉDIO E RELATÓRIO FINAL	16
12. BIBLIOGRAFIA.....	17



1. INTRODUÇÃO

O Plano de Acompanhamento Interno (PAI) surge no âmbito da carta de compromisso da USF São João do Porto, tratando-se de um documento que se baseia “numa linha de orientação comum, quer organizacional, quer clínica.”¹

Nos serviços de saúde, a necessidade de implementar Sistemas de Gestão da Qualidade é fundamental no sentido de fornecer evidência objectiva de que a qualidade foi alcançada nos níveis desejados, e para que se possa rastrear os processos utilizados para a sua obtenção.

Os registos clínicos, tanto médicos como de enfermagem são uma competência do trabalho quotidiano dos profissionais, em que estes dispensam parte relevante do seu tempo na sua elaboração. A importância dos registos é atualmente reconhecida e considerada indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação.

Na atualidade, a utilização dos sistemas de informação electrónicos nos processos de registo proporciona maior segurança e efetividade para a continuidade dos cuidados médicos e de enfermagem, não só dentro da mesma instituição como entre as diferentes instituições.

O Plano de Acompanhamento Interno (PAI) para 2015, da equipa da USF São João do Porto, abordará, tal como em 2014, a Melhoria da Qualidade dos Registos no Programa de Saúde do Diabético, pois embora se verificasse uma melhoria nos registos, parte dos objectivos propostos não foram atingidos.

Como objetivos deste plano de melhoria propomos:

Objetivo Geral:

- Melhorar os Registos no Programa de Saúde do Diabético

Objetivos Específicos:

- Melhorar o acompanhamento dos utentes com diabetes;
- Melhorar os registos no SAM /SAPE/SClínico;
- Cumprir as metas contratualizadas;
- Dar resposta às linhas de orientação existentes.

Esperamos que este documento auxilie a equipa da USF São João do Porto na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e na execução das metas propostas.

¹ Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril



2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tal como já foi referido, o PAI da USF São João do Porto incide na Avaliação da Qualidade dos Registos na Consulta de Diabetes, pelo facto de esta ser uma área em que verificamos ser ainda necessário um trabalho sistematizado de toda a equipa para, dessa forma, conseguirmos melhorar os registos e atingir as metas acordadas na contratualização interna.

Segundo o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2014, a prevalência da Diabetes em Portugal, em 2013, foi de 13%, na população entre os 20 e os 79 anos, mais 1,3% relativamente a 2009. A prevalência da Diabetes não diagnosticada foi estimada em 5,7%. Verifica-se uma relação direta entre o aumento da diabetes e o envelhecimento da população. No que diz respeito à hiperglicemia intermédia, esta atinge 2,1 milhões de indivíduos, o que corresponde a 27% da população entre os 20 e os 79 anos. Estes dados são preocupantes e devem alertar para a necessidade de continuarmos a investir na educação da população e nas medidas de prevenção.

Os registos clínicos são a base do processo clínico individual e fonte de toda a informação clínica relevante dos utentes. São também uma forma de partilha de informação entre cuidadores, com níveis de acesso e de segurança adequados.

Os sistemas de informação (SI), no caso particular da saúde, podem ser definidos como o conjunto de elementos inter-relacionados capaz de recolher, armazenar, processar e disponibilizar informação, com o objetivo de apoiar o planeamento, controlo, coordenação, análise e tomada de decisão.

O desenvolvimento de uma estrutura de partilha de informação e de articulação dos sistemas de informação tem como objetivo fundamental melhorar de modo significativo e através da continuidade de cuidados o acesso e a qualidade dos cuidados. Ao apostar na informatização e intercomunicabilidade dos SI, pretende-se viabilizar uma maior circulação e partilha de informação, com o aproveitamento das novas tecnologias para a prestação de um melhor e mais rápido serviço ao cidadão.

Estas estratégias representam avanços significativos na aplicação das tecnologias da informação à prática clínica.

As Normas de Orientação Clínica emanadas pela Direção Geral da Saúde são monitorizadas e avaliadas através de indicadores cujos dados do Bilhete de Identidade são retirados dos programas informáticos SAM /SAPE/SClínico e com os quais se realiza a avaliação da implementação das normas.



Para além disto, os registos informáticos e a codificação dos dados permitem que seja possível a normalização da informação clínica e o tratamento de dados clínicos usando-os como instrumento de medição da qualidade.



3. IDENTIFICAÇÃO DOS GESTORES E AUDITORES

Os gestores nas respetivas áreas profissionais são:

- Secretário Clínico – Paulo Santos
- Enfermeiro – Enf^a Sónia Casimiro
- Médico – Dr.^a Maria João Esteves

Os auditores internos são os interlocutores do Programa da Diabetes:

- Secretário Clínico – Fernando Sales
- Enfermeiro – Enf^a Carla Dias
- Médico – Dr.^a Ana Iva Santos



4. OBJECTIVOS A ATINGIR

O projecto de melhoria contínua da qualidade dos registos na população com Diabetes Mellitus (DM) inscritos na USF São João do Porto tem como objetivos, atingir:

1. Índice de acompanhamento adequado em utentes com DM igual ou superior a 0,774:

- O utente deverá ter, no mínimo, duas consultas médicas de DM, sendo uma em cada semestre, registadas no SAM/SCLínico (0,20);
- O utente deverá ter, pelo menos, duas avaliações de tensão arterial, sendo uma em cada semestre, registadas no SAM /SAPE/SCLínico (0,12);
- O utente deverá ter pelo menos um registo no SAM /SAPE/SCLínico do Índice Massa Corporal (IMC) e do peso medidos nos últimos 12 meses (0,06);
- O utente deverá ter pelo menos um registo no SAM /SAPE/SCLínico de estatura realizado após os 20 anos do utente e medido nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (0,03);
- O utente deverá ter pelo menos duas HgbA1c, sendo uma em cada semestre, registadas no SAM /SAPE/SCLínico. O último registo de HgbA1c deverá ser inferior ou igual a 8,0 %. (0,32);
- O utente deverá ter pelo menos um registo no SAM /SAPE/SCLínico de microalbuminúria (ou análise equivalente) realizada nos últimos 12 meses (0,06);
- O utente deverá ter um resultado analítico de colesterol total, colesterol HDL e triglicérideos realizados nos últimos 24 meses, registado no SAM/SCLínico (0,06);
- O utente deverá ter pelo menos um registo no SAM /SAPE/SCLínico de exame dos pés realizado nos últimos 12 meses (0,15).

2. Proporção de 92% dos utentes com diabetes com consulta de enfermagem de vigilância nos últimos 12 meses.

Os objetivos do PAI foram escolhidos no sentido de melhorar os registos e conseguir atingir as metas contratualizadas na Consulta de vigilância de Diabetes.



5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população alvo para este plano será constituída:

- Todos os utentes com diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) na lista de problemas no SAM/SClínico , com o estado de “ativo”, durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador.
- Excluem-se os utentes com o diagnóstico de diabetes que não cumpram os critérios supracitados.



6. CIRCUITO DO UTENTE

- Quando o utente chega à USF São João do Porto dirige-se ao Secretário Clínico que verifica a marcação da consulta e regista o contacto médico e/ou de enfermagem;
- O Enfermeiro realiza a consulta de enfermagem;
- O Médico realiza a consulta médica;
- Se a marcação da próxima consulta de vigilância da diabetes estiver correta o utente poderá sair da USF sem se dirigir ao Secretário Clínico.



7. PROCEDIMENTOS E RESPONSABILIDADES

Procedimentos e responsabilidades para o Secretário Clínico:

- Identificar todos os utentes com diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90);
- Verificar a marcação de, pelo menos, 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, uma em cada semestre;
- Verificar a marcação de, pelo menos, uma consulta de enfermagem de vigilância da diabetes;
- Identificar mensalmente no programa MIM@UF os diabéticos não cumpridores;
- Convocar os diabéticos não cumpridores por contacto telefónico e/ou carta para, atempadamente, fazer a devida correção dos que não estiverem em conformidade.

Procedimentos e responsabilidades para os Enfermeiros:

- Verificar no SAPE/SClínico a marcação e realização de consulta de enfermagem de vigilância da diabetes e informar o Secretário Clínico das que não estiverem em conformidade para convocação;
- Verificar no SAPE/SClínico a existência de, pelo menos, um registo de exame do pé no último ano;
- Verificar no SAPE/SClínico a existência de, pelo menos, um registo de pressão arterial desde que abranjam os 2 semestres;
- Verificar no SAPE/SClínico a existência de pelo menos um registo do IMC.



Procedimentos e responsabilidades para os Médicos:

- Verificar no SAM/SCLínico a marcação e realização de 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, uma em cada semestre; informar o Secretário Clínico das que não estiverem em conformidade para convocação;
- Verificar no SAM/SCLínico a existência de pelo menos 2 HgbA1c registadas no último ano, desde que abranjam os 2 semestres;
- Verificar no SAM/SCLínico a existência de colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos registados nos últimos 24 meses;
- Verificar no SAM/SCLínico a existência de microalbuminúria registada no último ano;
- Verificar no SAM/SCLínico a existência de pelo menos uma pressão arterial registada desde que abranjam os 2 semestres;
- Verificar no SAM/SCLínico a existência de pelo menos um registo do IMC;
- Verificar no SAM/SCLínico a existência de pelo menos um exame dos pés registado no último ano.



8. INDICADORES DE DESEMPENHO

Indicadores de desempenho para os Enfermeiros e para os Médicos

Elaborou-se uma tabela em Excel com os indicadores já referidos no ponto 4, acessível a todos os profissionais na pasta partilhada, sendo opção de cada equipa médico/enfermeiro o seu preenchimento, permitindo desta forma a monitorização em tempo real daqueles indicadores.

NOP	UTENTE	1º SEMESTRE			2º SEMESTRE			1º ANO					HbA1c ≤8	Colest/tri/24m
		CM	TA	HbAa1c	CM	TA	HbAa1c	CE	IMC	Peso	Av. Pés	Mic-Alb		

Os gestores deste plano farão a monitorização mensal destes indicadores.

Os indicadores serão avaliados regularmente nas reuniões mensais do Conselho Técnico por consulta dos programas informáticos SIARS/MIM@UF e transmitidos a todos os profissionais da USF em Conselho Geral e em reuniões parcelares com grupos de profissionais. Os indicadores serão publicados mensalmente na pasta partilhada para consulta por todos os profissionais.



Indicadores de desempenho para o Secretário Clínico

Proporção de diabéticos que não compareceram à consulta programada

Numerador: número de diabéticos que não compareceram à consulta programada

Denominador: número de consultas programadas

Proporção de diabéticos convocados após não comparecerem à consulta programada

Numerador: número de diabéticos convocados após não comparecerem à consulta programada

Denominador: número de diabéticos que não compareceram à consulta programada

Proporção de diabéticos, convocados que compareceram à consulta

Numerador: número de diabéticos convocados que compareceram à consulta

Denominador: número de diabéticos convocados após não comparecerem à consulta programada



9. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO

A equipa de auditores procederá a uma avaliação trimestral dos resultados segundo o cronograma:

ABRIL 2015	JULHO 2015	OUTUBRO 2015	JANEIRO 2016
------------	------------	--------------	--------------



10. LISTA DE VERIFICAÇÃO

Foi elaborada uma lista de verificação dos Indicadores:

Indicador	Total (N) SIARS	Cumpridores % SIARS	NOP não cumpridores MIM@UF	Motivo Não conformidades
Diabéticos com consulta médica em cada semestre				
Diabéticos com consulta anual de enfermagem				
Diabéticos com ≥ 2 HbA1C registrados nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres				
Diabéticos com último registo HgbA1c inferior ou igual a 8,0 %				
Diabéticos com colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos registrados nos últimos 24 meses				
Diabéticos com registo de microalbuminúria				
Diabéticos com registo de pressão arterial em cada semestre				
Diabéticos com registo IMC				
Diabéticos com pelo menos um exame dos pés registado no ano				

Os resultados dessas auditorias serão transmitidos trimestralmente em reunião do Conselho Geral convocada para o efeito.



11. RELATÓRIO INTERMÉDIO E RELATÓRIO FINAL

O Conselho Técnico compromete-se a elaborar um relatório intermédio e um relatório final do Plano de Acompanhamento Interno a ser enviado para o Conselho Clínico e de Saúde do ACeS Porto Ocidental e ERA/ARS Norte.



12. BIBLIOGRAFIA

Diário da República I Série: Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril

Diabetes Factos e Números 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes

Administração Central do Sistema de Saúde, IP: Metodologia de contratualização para os Cuidados de Saúde Primários para 2015. Dezembro 2014

Departamento de Contratualização Administrações Regionais de Saúde, ACSS, Ministério Da Saúde: Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários para o Ano de 2015. Janeiro de 2015

Despacho nº 15647/2014, Diário da República, 2ª série, nº 250 de 29 de Dezembro de 2014

**Anexo VII - Procedimento de Melhoria Contínua da Qualidade dos
Registos na Prevenção das Úlceras de Pressão ACeS PO**

Procedimento: Suporte
Código
Título Melhoria Contínua da qualidade dos registos na prevenção da úlcera de pressão – Aplicação e Registo da escala de Braden em utentes dependentes

Palavras-chave Qualidade, Úlceras de Pressão, Escala de Braden

1. Objectivo

Melhorar a qualidade na prevenção do desenvolvimento de Úlceras de Pressão (UP) através da avaliação do risco das mesmas utilizando a orientação da DGS nº 017/2011.

2. Âmbito

Melhoria contínua dos registos na prevenção de UP em utentes dependentes no domicílio com a avaliação do risco de desenvolvimento de UP utilizando a escala de Braden de acordo com a Orientação da Direção Geral da Saúde nº 017/2011, assim como o seu registo em Sistema de Informação (SI).

3. Conceitos

As normas dos sistemas de gestão da qualidade, ao permitirem uma abordagem sistemática e preventiva de todas as atividades que possam afectar a qualidade, desde a concepção do serviço até à sua prestação ao cliente, tornam-se um apoio para a organização a controlar os seus processos e métodos de trabalho. Desta forma, com a antecipação dos problemas e a possibilidade da redução de falhas na prestação do serviço constituem uma das mais-valias para implementação de normas da qualidade na organização.

A úlcera de pressão é uma realidade dos serviços de internamento e no domicílio, e mais do que intervir na presença deste foco, o presente projeto de melhoria contínua da qualidade, prende-se com a elaboração de um plano de ação para detecção precoce do risco de úlcera de pressão.

A “prevenção de complicações” inscreve-se numa dimensão importante do exercício profissional dos enfermeiros, consagrada nos Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001).

A auditoria proposta é uma auditoria de diagnóstico interna ao ACeS mas externa às unidades funcionais realizada por iniciativa da organização com a finalidade de avaliar o cumprimento das normas instituídas e eventuais falhas ou melhorias a implementar com vista a definir um plano de ação de melhoria com objetivos específicos e mais alargados do que os geralmente inerentes ao normal funcionamento da unidade.

Este projeto de melhoria contínua da qualidade foi criado de acordo com os resultados da auditoria aos registos existentes no Sistema de Informação (SI) utilizado, Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), nos utentes identificados como dependentes em todas as unidades funcionais do ACeSPO, realizada em novembro de 2014. O relatório de auditoria revela que 10,2% dos utentes identificados como dependentes em SAPE, apresentam a aplicação da escala de Braden registada. Em relação à incidência de UP não existe forma de obter automaticamente o output da mesma. Existia também a percepção que apesar de divulgada a orientação havia falhas de registos e desconhecimento da mesma. A auditoria foi feita para validar a informação. A metodologia utilizada foi a PDCA ou Ciclo de Deming.

A população alvo são todos os utentes dependentes identificados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) do ACeS PO. Em novembro de 2014, estavam identificados no SAPE, 1943 dependentes. Foi auditada uma amostra aleatória probabilística (30%) para identificar a percentagem de utentes dependentes em contexto de domicílio que apresentavam a avaliação do risco de UP utilizando a

Autor(es): Sónia Casimiro

Versão nº 1

Data 1ª versão: 12/2014

Aprovado por:

Data: 12/2014

Data próxima revisão: 12/2015

Procedimento: Suporte

Código

Título

Melhoria Contínua da qualidade dos registos na prevenção da úlcera de pressão – Aplicação e Registo da escala de Braden em utentes dependentes

Palavras-chave

Qualidade, Úlceras de Pressão, Escala de Braden

escala de Braden. Conclui-se que 10,2% dos utentes dependentes em contexto de domicílio apresentavam a aplicação da escala de Braden.

Sendo assim os objetivos propostos para o ano 2015 são:

- Aumentar a taxa de enfermeiros com formação relativa à Orientação da DGS 017/2011 - Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q) para a avaliação do risco de desenvolver UP;
- Aumentar a taxa de eficácia diagnóstica do risco de desenvolvimento de UP de 10,2% para 50%, aplicando a escala de Braden nos utentes dependentes;
- Diminuir a taxa de incidência das UP.

Os indicadores propostos são:

- **Taxa de enfermeiros com formação da Orientação da DGS 017/2011** - Escala de Braden: versão adulta e pediátrica (Braden Q)

$$\frac{\text{Nº de enfermeiros com formação}}{\text{Nº total de enfermeiros do ACeS PO}} \times 100$$

- **Taxa de eficácia diagnóstica do risco de UP**

$$\frac{\text{Nº de utentes dependentes com aplicação da escala de Braden documentada, num dado período (2015)}}{\text{Nº total de utentes dependentes no mesmo período de tempo}} \times 100$$

- **Taxa de incidência de UP**

$$\frac{\text{Nº de casos com risco de UP, que desenvolveram UP num dado período (2015)}}{\text{Nº de casos com risco documentado no mesmo período (2015)}} \times 100$$

Autor(es): Sónia Casimiro

Versão nº 1

Data 1ª versão: 12/2014

Aprovado por:

Data: 12/2014

Data próxima revisão: 12/2015

Procedimento: Suporte

Código

Título Melhoria Contínua da qualidade dos registos na prevenção da úlcera de pressão – Aplicação e Registo da escala de Braden em utentes dependentes

Palavras-chave Qualidade, Úlceras de Pressão, Escala de Braden

Plano de Ação

	OBJETIVOS	INDICADORES	Meta
1	Atingir 100% de enfermeiros com formação relativa à orientação DGS 017/2011 - Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)	Taxa de enfermeiros com formação relativa à orientação DGS 017/2011 - Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (Braden Q)	100%
2	Atingir 50% de utentes dependentes com avaliação do risco de UP (escala de Braden)	Taxa de eficácia diagnóstica do risco de UP	50%
3	Reduzir taxa de incidência de UP	Taxa de incidência de UP	

Atividades	Quem	Como	Onde	Quando	Avaliação
1 Formação relativa à Orientação DGS 017/2011 - Escala de Braden	Enfermeiras Comissão de feridas	De acordo com normas e evidência científica	ACeS PO	Dezembro 2014	Indicador 1
2 Aplicar escala de Braden aos utentes dependentes	Equipa de Enfermagem	Registrar escala de Braden SAPE	SAPE	2015	Indicador 2
3 Formação em Prevenção de UP	Enfermeiros Comissão de feridas	De acordo com normas e evidência científica	ACeS PO	2º Trimestre 2015	Indicador 3

Autor(es): Sónia Casimiro

Versão nº 1

Data 1ª versão: 12/2014

Aprovado por:

Data: 12/2014

Data próxima revisão: 12/2015

Procedimento: Suporte		Código	
Título	Melhoria Contínua da qualidade dos registos na prevenção da úlcera de pressão – Aplicação e Registo da escala de Braden em utentes dependentes		
Palavras-chave	Qualidade, Úlceras de Pressão, Escala de Braden		

4. Fontes Bibliográficas

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE: Orientação 017/2011 Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). 2011

DONABEDIAN, A. – *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0. Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*, 2011;

MATOS, Isabel M. F. – *Custo-Efetividade de Intervenções na Prevenção de Úlceras de Pressão* Braga: 2012. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Gestão de Unidades de Saúde, apresentada à Universidade do Minho.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (2001)

PEREIRA, Filipe - *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: 2007. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

ROCHA, J. A., [etal] - Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência. *Acta Médica Portuguesa*, nº19 (2006), p. 29-38.

Autor(es): Sónia Casimiro	Versão nº 1	Data 1ª versão: 12/2014
Aprovado por:	Data: 12/2014	Data próxima revisão: 12/2015

**Anexo VIII - Grelha de acompanhamento interno da qualidade das
Unidades de Cuidados à Comunidade**

Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Cuidados à Comunidade - DiOr-UCC

Nota Introdutória

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são unidades funcionais pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), às quais compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, *“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”*, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados ([Despacho n.º 10143/2009](#)).

“A equipa de UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e disponibilidade de recursos.

O ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local.

À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.”¹

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra. Os profissionais da UCC trabalham com autonomia técnica, dependendo do coordenador da unidade.

O presente instrumento de apoio às UCC pretende constituir uma ferramenta que permita definir requisitos de qualidade dos cuidados e organizativos nos diversos níveis de atuação, que constituam uma garantia dos serviços prestados.

¹ Decreto -Lei n.º 28/2008

É, também, um instrumento de melhoria contínua que permita à equipa identificar não conformidades e desta forma corrigir as mesmas.

Todo o documento será realizado tendo por base o documento DiOr USF e a legislação em vigor.

Objetivo da grelha de acompanhamento das UCC

A grelha pretende ser uma ferramenta de trabalho que permita de forma sistemática e rigorosa ajudar as UCC e conselhos clínicos e de saúde dos ACeS na monitorização e avaliação da organização dos serviços tendo em vista a melhoria do desempenho da unidade, a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

Aplicação da grelha de acompanhamento das UCC

A DiOr UCC permite, internamente, a autoavaliação de cada UCC e, externamente, o acompanhamento pelas Equipas Regionais de Apoio e Conselhos Clínicos e de Saúde, por aplicação direta ou cruzada, para fins de acesso e manutenção do seu funcionamento ou como forma de candidatura a processos de acreditação.

Linhas de orientação para a aplicação da grelha

Técnica de recolha de dados

Os dados podem ser recolhidos por:

- ✓ **Observação direta** de documentos (regulamento interno, plano de ação, manuais e outros), dos sistemas de informação disponíveis ou das infraestruturas (áreas de trabalho e armazéns);
- ✓ **Entrevista** dos profissionais e cidadãos para recolha de dados ou informações sobre o que não é observável.

Preenchimento da grelha

Os critérios constantes desta grelha de avaliação estão classificados em três categorias A, B e C.

Os critérios A são considerados prioritários e de cumprimento obrigatório.

Os critérios B correspondem a uma maturação mais diferenciada da equipa. Se cumpridos entre 70 e 74% correspondem a resultado satisfatório, entre 75 e 90% correspondem a um resultado bom e acima de 90% correspondem a um resultado excelente na qualidade organizativa.

Os critérios C analisam o empenho do ACeS/ARS para proporcionar às UCC as melhores condições de trabalho.

Sempre que não existe evidência objetiva para validar um critério, de acordo com toda a respetiva lista de verificação, deverá ser atribuído um “0” e expressa a razão da não validação.

Sempre que a lista está completa deverá ser atribuído um “1”. Neste último caso, se, embora cumprida a lista de verificação, seja evidente que existe espaço para melhoria deste cumprimento, deve ser expressa a forma de a melhorar.

Sempre que um critério não tenha condições objetivas de aplicação em cada UCC, deverá ser considerado como “N/A” (Não aplicável).

Periodicidade dos acompanhamentos

A grelha DiOr UCC deve ser aplicada aquando da candidatura de uma equipa à constituição de uma UCC, como apoio ao parecer técnico.

Após a constituição da equipa, esta deverá ser acompanhada aos seis meses e anualmente.

Guia para aplicação da grelha de acompanhamento das UCC

Dados identificativos

Identificação da Região e ACeS em que se encontra a UCC, contactos, data de início da atividade, identificação do coordenador e data da visita.

Profissionais e população residente

Caracterização dos elementos da equipa multidisciplinar e horas semanais de trabalho dedicadas à UCC.

População residente na área de influência da UCC.

Distribuição dos residentes por grupos etários à data da validação.

Número médio de utentes por profissional.

Identificação da ECCL, sua lotação e ocupação no dia do acompanhamento. *“À UCC compete constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto -Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.*

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

“Compete à UCC assegurar as funções expressas no compromisso assistencial, contratualizado internamente com o diretor executivo do ACES, e que se contextualiza no seu plano de ação”

1.1- Equipa multiprofissional

A- Equipa multiprofissional em conformidade com o PT (A)

Pretende-se que a equipa da UCC apresente evidência de que os profissionais estão em conformidade com o parecer técnico (entrevista).

B - A carga horária dos profissionais da UCC não compromete o seu desenvolvimento e o compromisso assistencial (A)

Pretende-se que o horário de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional resulte da articulação e do acordo entre todos os profissionais,

tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei (ata de reunião da equipa com acordo de todos os profissionais).

C - Os profissionais da UCC foram alterados por inclusão, renúncia ou exclusão, com homologação do ACeS (B)

Pretende-se que as decisões sobre inclusão, renúncia ou exclusão sejam alvo de votação por escrutínio secreto dentro da equipa (ata de reunião) e homologados pelo ACeS (evidência de homologação do ACeS).

D - A carga horária dos profissionais da UCC foi alterada por iniciativa do ACeS (C)

Pretende-se que o ACeS contribua para que a equipa da UCC seja composta por enfermeiros, sendo parte destes especialistas das diversas áreas existentes, e outros profissionais da área da saúde (médico, psicólogo, técnico de serviço social, nutricionista, etc.)

E - A carga horária dos profissionais da UCC foi alterada por iniciativa da UCC com homologação do ACeS (B)

Pretende-se que a equipa da UCC altere a sua carga horária por acordo mútuo entre os seus elementos e seja homologada pelo ACeS (ata de reunião).

1.2 - Desenvolvimento da equipa

A – Processos chave (A)

Pretende-se que a equipa, nos primeiros seis meses de atividade, tenha definido no regulamento interno cada um dos processos chave da UCC (programas e projetos de saúde e sistema de intersubstituição), elaborados os respetivos procedimentos, incluindo o fluxograma, donde conste o circuito do cidadão na UCC, os profissionais que interagem com ele e as atitudes a tomar (regulamento interno ou manual de procedimentos da UCC).

B – Ausência de hierarquias (B)

Pretende-se que a UCC funcione como uma efetiva equipa multiprofissional, numa base de completa paridade de estatuto de todos os profissionais, o que é incompatível com a concentração das tarefas de gestão (entrevista).

C – Delegação efetiva de competências (A)

Pretende-se que o coordenador delegue as competências nos restantes elementos da equipa multiprofissional, com exceção da presidência do conselho geral e da coordenação das atividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios orientadores da atividade da UCC (ata ou documento de delegação de competências).

D – Atribuição de responsabilidades (B)

Pretende-se que a equipa fomente a capacidade de iniciativa de todos os seus elementos, no sentido do seu crescimento individual e da equipa, distribuindo por todos os profissionais a responsabilidade de gestão dos diversos processos da UCC (ata de reunião ou manual de procedimentos da UCC).

E – Participação e atas das reuniões (B)

Pretende-se que todos os profissionais da equipa participem nas reuniões da UCC e que sejam elaboradas atas de acordo com o que dispõe o Código de Procedimento Administrativo (atas de reunião).

F – Forma de votação nas reuniões (B)

Pretende-se que todos os profissionais participem livremente nas decisões, sem constrangimentos, utilizando a forma de voto secreto, nas situações previstas na legislação em vigor (as deliberações que envolvam a apreciação de comportamentos ou das qualidades de qualquer pessoa são tomadas por escrutínio secreto) (atas de reunião).

G – Partilha da informação e eficácia na comunicação (B)

Pretende-se que a equipa elabore e execute um procedimento que defina a classificação e distribuição de toda a correspondência da UCC por todos os profissionais (manual de procedimentos).

1.3 - Área geográfica da UCC

A – Área de influência identificada e caracterizada (A)

Pretende-se que a equipa identifique e caracterize a área de influência da UCC, designadamente no que respeita à densidade populacional, identificação das freguesias de influência, acessibilidade à UCC (meios de transporte), recursos de saúde e sociais na comunidade e população inscrita (plano de ação ou documento próprio).

1.4 - Carteira de serviços

A - Todos os projetos previstos no plano de ação estão em desenvolvimento (B)

Pretende-se que a equipa tenha identificados os programas e projetos de prevenção, promoção e reabilitação em saúde no âmbito de intervenção familiar, na comunidade ou no domicílio (plano de ação).

B - Existem outros projetos em desenvolvimento para além dos previstos no plano de ação (B)

Pretende-se que a equipa promova o desenvolvimento de outros projetos identificados como necessários em determinado momento, dando resposta às características específicas da população que serve (documento da UCC).

C - Estão identificados os responsáveis e os executores dos projetos em curso (B)

Pretende-se que todos os projetos tenham um ou mais responsáveis pela sua execução e monitorização (regulamento interno, plano de ação).

D - Existe manual de procedimentos para os programas com projetos em curso (B)

Pretende-se que a equipa elabore procedimentos para uniformização de atuações em cada projeto (Manual de Procedimentos).

1.5 - Apreciação global da equipa

A - Efetuada anualmente a avaliação da satisfação dos profissionais (B)

Pretende-se que a equipa realize, promova ou participe numa avaliação da satisfação dos profissionais por cada ano de atividade (evidência).

B - Reuniões periódicas da equipa multiprofissional (A)

Pretende-se que a UCC reúna com regularidade a sua equipa multiprofissional incluindo as reuniões do conselho geral previstas na lei, para avaliação do seu desempenho, para tomada de decisão sobre aspetos organizativos, ou para sessões clínicas.

C - Existe monitorização regular dos resultados e sua discussão na equipa multidisciplinar (B)

Pretende-se que a equipa monitorize regularmente os indicadores de resultado e os discuta em equipa multidisciplinar (atas de reunião).

D - Está definido um sistema de intersubstituição (A)

Pretende-se que a equipa defina um sistema de intersubstituição para os processos chave, tendo em conta as diferentes áreas de especialização e a cooperação entre UCC do mesmo ACeS (Regulamento Interno e Manual de Articulação).

2. INSTRUMENTOS DA UCC

A - Plano de ação (A)

Pretende-se que a UCC possua um plano ação válido para o ano em curso, elaborado, discutido e aprovado pelo conselho geral, incorporando, pelo menos, todos os programas contratualizáveis, onde conste para cada um deles a população alvo, os objetivos, as estratégias/atividades, os indicadores de monitorização e respetivas metas, o cálculo da carga horária e os serviços mínimos (Plano de Ação).

B – Regulamento Interno (A)

Pretende-se que a UCC possua um regulamento interno elaborado, discutido e aprovado pelo conselho geral, revisto no prazo fixado, incorporando, pelo menos, os seguintes temas: a) A missão, valores e visão; b) A estrutura orgânica e respetivo funcionamento; c) Os programas e projetos da UCC; d) O horário de funcionamento e de cobertura assistencial; e) O sistema de agendamentos; f) O acolhimento, orientação e comunicação com os utentes; g) O sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa; h) A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa; i) A formação contínua dos profissionais da equipa; j) A carta da qualidade.

C – Programas e projetos (A)

Pretende-se que a cada um dos programas e projetos da UCC seja atribuído um enfermeiro responsável, assim como os objetivos, estratégias, atividades e respetivos indicadores para avaliação. Deverá ter um cronograma de atividades (Plano de Ação).

D – Manual de procedimentos (B)

Pretende-se que a UCC tenha um manual de procedimentos (ou parte dele), organizativos e clínicos, validado pelo conselho técnico (boas práticas clínicas) e aprovado de acordo com o regulamento interno para a gestão dos processos, com data de elaboração e prazo de revisão (Manual de Procedimentos, Regulamento interno).

E – Relatório de atividades (B)

Pretende-se que a equipa elabore, discuta e aprove em reunião do conselho geral o relatório de atividades da UCC relativas ao ano civil anterior (evidência de relatório de atividades).

F - Gestão de parcerias com a comunidade (B)

Pretende-se que a UCC tenha definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias, protocolos com cada um dos parceiros e relatórios da intervenção dos parceiros, e que todas as parcerias estejam homologadas pelo ACeS (documentos da UCC).

3. COMUNICAÇÃO NA UCC

A - Convocatórias das reuniões da UCC (B)

Pretende-se que as convocatórias das reuniões da UCC incluam informação sobre a respetiva agenda e sejam emitidas com uma antecedência mínima de 48 horas, de acordo com o CPA (evidência de convocatórias).

B - Prática de gestão da documentação e informação (A)

Pretende-se que a UCC tenha os seus documentos (informatizados ou não) datados, atualizados e facilmente acessíveis, sejam os que são dirigidos aos cidadãos (publicitados ou afixados adequadamente) ou aos profissionais.

C - Sistema de Informação (B)

Pretende-se que a equipa da UCC registre as intervenções resultantes dos Programas e projetos implementados no Sistema de Informação existente.

D - Partilha de conhecimentos adquiridos em formação externa (B)

Pretende-se que os profissionais partilhem os conhecimentos adquiridos em formações externas com os restantes elementos da equipa multiprofissional (atas de reunião).

E - Suporte de registo de ocorrências (B)

Pretende-se que a UCC tenha um suporte próprio de registo de ocorrências positivas ou negativas (tipo diário da UCC), onde constem ocorrências funcionais e organizativas identificadas pelos profissionais, quer internas, quer na relação com os utentes, e que os assuntos referenciados sejam debatidos nas reuniões multiprofissionais (evidência de suporte de registo).

4. INFORMAÇÃO E DIREITOS DOS CIDADÃOS

A – Carta da Qualidade da UCC (B)

Pretende-se que a UCC divulgue a carta da qualidade, divulgando-a pelos meios considerados adequados (evidência).

B - Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes (A)

Pretende-se que a UCC divulgue a carta dos direitos e deveres dos utentes, afixando-a em local de livre acesso aos cidadãos.

C – Guia de Acolhimento (B)

Pretende-se que a UCC construa e divulgue um Guia do Utente que contenha, no mínimo, a carteira de serviços e serviços mínimos; o horário de funcionamento; endereço e contactos da UCC; formas de acesso aos serviços e forma de apresentar elogios, reclamações e sugestões (guia de acolhimento).

D – Incentivo de sugestões (B)

Pretende-se que a UCC disponibilize aos utentes uma caixa ou sistema de incentivos a sugestões aos utentes para estes poderem expressar, sem constrangimentos, as suas opiniões sobre a qualidade dos serviços prestados (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, n.º 12).

E – Procedimento de tratamento de elogios, reclamações e sugestões (A)

Pretende-se que a UCC incentive os utentes a emitirem a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados e o publicite, bem como a forma de poderem apresentar reclamações, sugestões ou elogios (Carta dos Direitos e Deveres dos

Utentes, n.º 12). Pretende-se que a UCC elabore e aplique um procedimento para o tratamento das reclamações, das sugestões e elogios.

F - Avaliação dos elogios, reclamações e sugestões (A)

Pretende-se que a equipa reflita sobre as reclamações, sugestões e elogios apresentadas pelos utentes, adote as medidas que entenda convenientes, independentemente do processo institucional de encaminhamento, e divulgue aos utentes as alterações introduzidas (atas de reunião).

G - Efetuada anualmente a avaliação da satisfação dos utentes (B)

Pretende-se que a UCC efetue anualmente a avaliação da satisfação dos utentes, analise e introduza melhorias de acordo com os resultados (ata de reuniões).

H - Participação dos cidadãos das atividades da UCC

Pretende-se que a UCC incentive a participação dos cidadãos nas suas atividades, nomeadamente de capacitação e responsabilização pela sua saúde (documentos).

I - Consentimento informado para publicação de fotos, vídeos e dados resultantes da atividade da UCC (B)

Pretende-se que a UCC utilize modelo de consentimento informado para a utilização e publicitação de fotos, vídeos e dados resultantes da sua atividade (evidência)

5. FORMAÇÃO E GESTÃO DA QUALIDADE

5.1 - Formação

A— Formação contínua (B)

Pretende-se que toda a equipa da UCC tenha acesso a formação adequada às necessidades do serviço e de cada um dos seus elementos (Regulamento Interno).

B— Plano anual integrado de formação (A)

Pretende-se que a UCC tenha um plano anual de formação em serviço, com a participação de todos os elementos da equipa multiprofissional, com base no levantamento das necessidades dos seus elementos e dando resposta ao plano de ação (evidência de PF).

C— Integração de novos elementos na equipa (B)

Pretende-se que a UCC tenha um procedimento de integração de novos elementos (manual de Procedimentos)

D — Formação em suporte básico de vida (B)

Pretende-se que todos os profissionais possuam formação em suporte básico de vida, atualizado de três em três anos (evidências)

E —Formação em controlo de infeção e gestão do risco (B)

Pretende-se que os profissionais possuam formação em controlo de infeção e gestão do risco (evidências).

F – Formação em cuidados paliativos (B)

Pretende-se que os profissionais da ECCI possuam formação nesta área (evidências).

G - Plano de desenvolvimento de formação pré e pós graduada

Pretende-se que a UCC tenha um plano de desenvolvimento de formação pré e pós graduada

5.2. Garantia da Qualidade**A - Conselho técnico (B)**

Pretende-se que a UCC tenha o seu conselho técnico constituído, com eleição de pelo menos dois elementos da equipa (ata).

B - Garantia de qualidade (B)

Pretende-se que a UCC defina uma metodologia de monitorização e melhoria dos cuidados tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

C - Interlocutor da Gestão do Risco e do Controlo de Infecção (A)

Pretende-se que a UCC tenha um interlocutor da gestão do risco que articula com o CCS e restantes unidades funcionais do ACeS (entrevista)

D – Notificação de Eventos Adversos

Pretende-se que a UCC tenha um procedimento de notificação de eventos adversos e apresente evidências de notificação e reflexão dos mesmos com implementação de medidas corretivas (evidências)

E - Manual de boas práticas na atividade clínica (B)

Pretende-se que a UCC tenha um manual de boas práticas na atividade clínica e apresente evidências da sua aplicação (Manual)

6. INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS, HIGIENE E SEGURANÇA**6.1 – Instalações e equipamentos****A - Instalações adequadas (C)**

Pretende-se que as instalações da UCC estejam adequadas ao desenvolvimento das atividades previstas no plano de ação, nomeadamente salas partilhadas por 2 enfermeiros, ginásio e sala para capacitação para a saúde em grupo , ainda que sejam recursos partilhados (observação).

B - Espaço para armazenamento de material (C)

Pretende-se que a UCC disponha de espaços seguros para armazenamento de material: químico-farmacêutico (rede de frio), clínico, administrativo e de higiene, cumprindo as boas práticas no âmbito do controlo de infeção (observação).

C - Procedimentos sobre gestão de stocks (B)

Pretende-se que a UCC elabore um procedimento de gestão de entradas e saídas de materiais e produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar com clareza o caminho desses produtos na UCC e prazos de validade (documento, logíberia, etc).

D - Inventário anual (B)

Pretende-se que a UCC proceda, pelo menos anualmente, à verificação e atualização de todo o material inventariado (entrevista, documentos).

E - Existem meios audiovisuais adequados (C)

Pretende-se que a UCC tenha à sua disposição os meios técnicos necessários e suficientes para a formação interna e externa (entrevista, observação)

F – Sistema de iluminação e de sinalética (C)

Pretende-se que a UCC disponha de sistema de iluminação adequado e sinalética perceptível (observação).

G - Garantido o acesso aos sistemas de informação necessários para a documentação das atividades (C)

Pretende-se que a UCC tenha acesso a internet e ao software necessário para o acesso a informação bem como ao registo das suas atividades (entrevista, observação).

H - Existe a possibilidade de utilização de viatura de acordo com as necessidades (C)

Pretende-se que a UCC tenha uma viatura devidamente equipada, de acordo com as necessidades relativas aos programas e projetos previstos no plano de ação, com zona de limpos e sujos (entrevista).

I - Manutenção e calibração de equipamentos (B)

Pretende-se que a UCC tenha um procedimento implementado de manutenção e calibração dos equipamentos clínicos (documento, comprovativo do cumprimento).

6.2 – Higiene e segurança

A - Armazenamento e remoção de resíduos da UCC (C)

Pretende-se que a UCC disponha de um espaço e equipamento adequado, de acordo com a legislação em vigor, para armazenamento e transporte de resíduos, e que a sua remoção seja efetuada com a periodicidade adequada (entrevista, observação).

B- Manual de Controlo de Infecção e Gestão do Risco (B)

Pretende-se que a UCC tenha um Manual de Controlo de Infecção e Gestão do Risco documento da UCC ou partilhado com o ACeS)

C - Plano de emergência interno (B)

Pretende-se que a UCC disponha de um plano de emergência (observação).

D – Limpeza e segurança adequadas das instalações (C)

Pretende-se que a UCC disponha de assistente operacional quando necessário e de um serviço de limpeza geral e de segurança que pode ser partilhado com o edifício onde se encontre (entrevista).

E - Existem fardamentos adequados e em número suficiente (C)

Pretende-se que os profissionais da UCC tenham disponíveis fardas e equipamentos de proteção adequados à sua atividade (entrevista).

F – Existe um sistema de proteção contra incêndio e intrusão (C)

Pretende-se que a UCC disponha de um sistema de proteção contra incêndio e de um sistema de proteção contra intrusão (entrevista).

G – Existe carta de riscos (C)

Pretende-se que a UCC disponha de documento em que estão definidos os riscos ambientais inerentes aos postos de trabalho (entrevista, documento).

7. ARTICULAÇÃO COM O ACES**A — Existem reuniões com o Conselho Clínico e de Saúde (CCS) (B)**

Pretende-se que a UCC e o CCS tenham reuniões periódicas de reflexão sobre a organização e prestação de cuidados aos doentes (atas de reunião)

B — Manual de Articulação com o ACeS (B)

Pretende-se que a UCC tenha um manual de articulação acordado com o ACeS com a definição das condições e dos prazos da sua revisão (Manual assinado e atualizado).

C — Protocolos de referenciação (B)

Pretende-se que a UCC tenha definidos os protocolos de referenciação com as várias unidades funcionais do ACeS (documentos, intranet)

D — Monitorização de resultados (B)

Pretende-se que a UCC monitorize regularmente os resultados do seu desempenho e faça a discussão dos mesmos com o CCS documentos, atas de reunião)

E - O CCS esteve presente na reunião de acompanhamento (C)

Pretende-se que a UCC e o CCS se articulem para que este efetue o acompanhamento periódico da UCC (atas de reuniões de acompanhamento)

F - Da presença do CCS resultaram orientações no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (C)

Pretende-se que o CCS colabore com orientações para a melhoria dos cuidados clínicos prestados pela UCC aos seus utentes (documentos)

G - Da presença do CCS resultaram orientações no sentido da melhoria organizativa da equipa (C)

Pretende-se que o CCS colabore com orientações para a melhoria da organização da UCC (documentos)

Anexo IX - Contratualização para o ano de 2015 da USF SJP

USF S. João do Porto

1.1 – INDICADORES INSTITUCIONAIS

[ART. 2º, Nº2, ALÍNEA A) DA PORTARIA Nº 377-A/2013, 30 DE DEZEMBRO - ANEXO I]

ÁREA	CÓDIGO SIARS	INDICADOR	META
ACESSO	2013.006.01	TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS – 3 ANOS	85%
	2013.004.01	TAXA DE DOMICÍLIOS DE ENFERMAGEM POR 1000 INSCRITOS	100,4%
DESEMPENHO ASSISTENCIAL	2013.270.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM SAÚDE MATERNA	0.742
	2013.267.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM PF, NAS MIF	0,780
	2013.268.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM SI, 1 ANO	0,853
	2013.056.01	PROPORÇÃO IDOSOS, SEM ANSIOLÍTICOS/SEDATIVOS/HIPNÓTICOS.	67%
	2013.047.01	PROPORÇÃO UTENTES >= 14 A, C/ REGISTO HÁBITOS TABÁGICOS	70%
	2013.020.01	PROPORÇÃO HIPERTENSOS <65 A, COM PA <150/90MM/HG	65%
	2013.039.01	PROPORÇÃO DM C/ ÚLTIMA HGBA1C <= 8,0 %	76%
SATISFAÇÃO	2013.072.01	PROPORÇÃO UTILIZAÇÃO SATISFEITOS OU MUITO SATISFEITOS	75%
EFICIÊNCIA	2013.070.01	DESPESA MEDICAMENTOS PRESCRITOS, POR UTILIZADOR (PVP)	124,70€
	2013.071.01	DESPESA MCDTs PRESCRITOS POR UTILIZADOR. (P. CONV.)	42,00€

1.2 – INDICADORES DE ÂMBITO REGIONAL

CÓDIGO SIARS	INDICADOR	META
2013.005.01	PROPORÇÃO DE CONSULTAS REALIZADAS PELO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA	85%
2013.271.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM DM	0,774
2013.269.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM CRIANÇAS, 2 ANOS	0,859
2013.065.01	PROPORÇÃO UTENTES > 75 A, C/ PRESCRIÇÃO CRÓNICA < 5 FÁRMACOS	60%

1.3 – INDICADORES DE ÂMBITO LOCAL (PROPOSTA DO ACeS)

CÓDIGO SIARS	INDICADOR	META
2013.023.01	PROPORÇÃO UT. C/ HTA (S/DCV NEM DM) C/ DETERMINAÇÃO RISCO CV ÚLTIMOS 3 ANOS	50%
2013.277.01	PROPORÇÃO DE FUMADORES C/ CONSULTA RELACIONADA COM TABACO, ÚLTIMO ANO	40%

1.4 – INDICADORES DE ÂMBITO LOCAL (PROPOSTA DA USF)

CÓDIGO SIARS	INDICADOR	META
2013.008.01	TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PF (MÉD/ENF)	72%
2013.046.01	PROPORÇÃO UTENTES 50-74 RASTREIO CANCRO CÓLON E RETO EFETUADO	52%
2013.053.01	PROPORÇÃO UTENTES > =14 A, C/ REGISTO CONSUMO ÁLCOOL	70%
2013.074.01	PROPORÇÃO CONSULTAS MÉDICAS PRESENCIAIS C/ ICPC 2	96%

1.5 – INDICADORES FINANCEIROS

[ART. 3º, Nº2 E ART.4, Nº 6 DA PORTARIA Nº 377-A/2013, 30 DE DEZEMBRO - ANEXO II]

CÓDIGO SIARS	INDICADOR	META (%)
2013.045.01	PROPORÇÃO MULHERES [25; 60[A, C/ COLPOCITOLOGIA (3 ANOS)	68%
2013.099.01	TAXA UTILIZAÇÃO CONSULTAS DE ENFERMAGEM - 3 ANOS	85,7%
2013.033.01	PROPORÇÃO, INSCRITOS> 14A, C/ IMC ÚLTIMOS 3 ANOS	78%
2013.098.01	PROPORÇÃO UTENTES> = 25 A, C/ VACINA TÉTANO	80%
2013.009.01	TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PF (ENFERMAGEM)	65,9%
2013.050.01	PROPORÇÃO GRÁVIDAS C/ CONSULTA RP EFETUADA	94,4%
2013.012.01	PROPORÇÃO GRÁVIDAS C/ 6+ CONSULTA VIGILÂNCIA ENFERMAGEM	75%
2013.013.01	PROPORÇÃO DE PUÉRPERAS COM DOMICÍLIO DE ENFERMAGEM	50%
2013.027.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS 2A, C/ PNV CUMPRIDO ATÉ 2A	98%
2013.016.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS C/ 6+ CONSULTA MÉDICA VIGIL. 1º ANO	67 %
2013.017.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS C/ 3+ CONSULTA MÉDICA VIGIL. 2º ANO	70%
2013.015.01	PROPORÇÃO RN C/ DOMICÍLIO ENFERMAGEM ATÉ 15º DIA DE VIDA	54,6%
2013.019.01	PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM PA EM CADA SEMESTRE	78%
2013.018.01	PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS COM IMC (12 MESES)	90%
2013.035.01	PROPORÇÃO DM COM EXAME PÉS ÚLTIMO ANO	92%
2013.036.01	PROPORÇÃO DM C/ CONS. ENF. E GESTÃO RT ÚLTIMO ANO	70%
2013.037.01	PROPORÇÃO DM C/ CONS. ENF. VIGIL. DM ÚLTIMO ANO	92%

ANEXO II – INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO EXTERNA

CÓDIGO SIARS	INDICADORES	CONTRATUALIZADO
EIXO NACIONAL		
2013.006.01	TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS - 3 ANOS	82
2013.004.01	TAXA DE DOMICÍLIOS ENFERMAGEM POR 1.000 INSCRITOS	200
2013.278.01	PROPORÇÃO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS, QUE SÃO GENÉRICOS	58
2013.047.01	PROPORÇÃO DE UTENTES > = A 14 ANOS, COM HÁBITOS TABÁGICOS	61.3
2013.074.01	PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS PRESENCIAIS COM ICPC-2	96
2013.087.01 (GDH)	TAXA DE INTERNAMENTOS POR DOENÇA CEREBRO-VASCULAR, ENTRE RESIDENTES COM MENOS DE 65 ANOS	4.91‰
2013.267.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM PF, NAS MIF	0.650
2013.086.01 (GDH)	PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE TERMO, DE BAIXO PESO	2.84%
2013.064.01	PROPORÇÃO DE JOVENS COM 14 ANOS COM CONSULTA MÉDICA DE VIGILÂNCIA E PNV	68
2013.085.01 (GDH)	INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÕES MAJOR DE MEMBRO INFERIOR (DM) EM RESIDENTES	0.68‰
2013.056.01	PROPORÇÃO DE IDOSOS SEM ANSIOLÍTICOS, SEDATIVOS, HIPNÓTICOS	66.1
2013.068.01	DESPESA DE MEDICAMENTOS FATURADOS, POR UTILIZADOR (PVP)	124.5
2013.264.01	DESPESA MCDTS FATURADOS, POR UTENTE UTILIZADOR DO SNS (PREÇO CONVENCIONADO)	55.6
2013.072.01	PROPORÇÃO UTILIZADORES SATISFEITOS OU MUITO SATISFEITOS	a)

a) a ser objecto de adenda

EIXO REGIONAL		
2013.023.01	PROPORÇÃO HIPERTENSOS COM RISCO CV (3A)	55.0
2013.046.01	PROPORÇÃO DE UTENTES [50; 75[A, COM RASTREIO CR	50.0

2013.053.01	PROPORÇÃO DE UTENTES COM IDADE > = 14A, COM REGISTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL, 3 ANOS	61.3
2013.049.01	PROPORÇÃO DE UTENTES COM DPCO, c/ FEV1 EM 3 ANOS	45.0
EIXO LOCAL		
2013.277.01	PROPORÇÃO FUMADORES, C/CONSULTA RELACIONADA TABACO, 1A	40
2013.275.01	PROPORÇÃO DM2, EM TERAPÊUTICA C/METFORMINA MONOTERAPIA	72

ANEXO III – OUTROS INDICADORES DO PLANO DE ACÇÃO - 2015

CÓDIGO SIARS	INDICADORES	“COMPROMISSO PARA PA – 2015”
2013.001.01	PROPORÇÃO DE CONSULTAS REALIZADAS PELO MF	85%
2013.002.01	TAXA DE UTILIZAÇÃO GLOBAL DE CONSULTAS MÉDICAS	70%
2013.003.01	TAXA DE DOMICÍLIOS MÉDICOS POR 1.000 INSCRITOS	25,2‰
2013.010.01	TAXA DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS DE PF (MF)	52%
2013.011.01	PROPORÇÃO GRÁV. C/ CONSULTA MÉD. VIGIL. 1º TRIM.	85%
2013.014.01	PROPORÇÃO RN C/ CONS. MÉD. VIGIL. ATÉ 28 DIAS VIDA	98%
2013.024.01 (GDH)	PROPORÇÃO HIPERTENSOS COM REGISTO DE GRT	40%
2013.028.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS 7A, C/ PNV CUMPRIDO ATÉ 7A	98%
2013.029.01	PROPORÇÃO JOVENS 14A, C/ PNV CUMPRIDO ATÉ 14A	98%
2013.030.01	PROPORÇÃO IDOSOS OU DOENÇA CRÓNICA, C/ VAC. GRIPE	60%
2013.031.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS 7A, C/ PESO E ALTURA [5; 7]A	93,8%
2013.032.01	PROPORÇÃO JOVENS 14A, C/ PESO E ALTURA [11; 14]A	90%
2013.034.01	PROPORÇÃO OBESOS ≥14A, C/ CONS. VIGIL. OBESID. 2A	63%

2013.038.01	PROPORÇÃO DM C/ 1 HGBA1C POR SEMESTRE	82%
2013.040.01	PROPORÇÃO DM C/ EXAME OFTALMOLÓGICO ÚLTIMO ANO	60%
2013.044.01	PROPORÇÃO MULHERES [50; 70[A, C/ MAMOGRAFIA (2 ANOS)	62,5%
2013.049.01	PROPORÇÃO UTENTES C/ DPOC, C/ FEV1 EM 3 ANOS	38%
2013.054.01	PROPORÇÃO UTENTES CONSUM. ÁLCOOL, C/ CONSULTA 3A	65%
2013.055.01	PROPORÇÃO ADULTOS C/ DEPRESSÃO, C/ TERAP. ANTI-DEPR.	35%
2013.057.01	PROPORÇÃO RN COM TSHPKU REALIZADO ATÉ AO 6º DIA	98%
2013.059.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS 2 ANOS, C/ PESO E ALTURA 1 ANO	96%
2013.063.01	PROPORÇÃO CRIANÇAS 7A, C/ CONS. MÉD. VIG. E PNV	92%
2013.064.01	PROPORÇÃO JOVENS 14A, C/ CONS. MÉD. VIG. E PNV	68%
2013.067.01	PROPORÇÃO IDOSOS, SEM PRESCRIÇÃO TRIMETAZ. (1 ANO)	99%
2013.068.01	DESPESA MEDIC. FATURADOS, POR UTILIZ. (PVP)	114.4
2013.075.01	PROPORÇÃO DE DM2 COM COMPROMISSO DE VIGILÂNCIA	85%
2013.076.01	PROPORÇÃO HIPERTENSOS COM COMPROMISSO VIGILÂNCIA	85%
2013.090.01	DESPESA MEDIC. FATUR., POR UTILIZ. (V. COMPART.)	68.9
2013.092.01	PROPORÇÃO HIPOCOAGULADOS CONTROLADOS NA UNIDADE	8,8%
2013.097.01	PROPORÇÃO DM C/ MICROALBUM. ÚLTIMO ANO	74%
2013.100.01	TAXA UTILIZ. CONSULTAS MÉDICAS OU ENFERM. - 3 ANOS	90%
2013.264.01	DESPESA MCDT FATUR. P/ UTIL. SNS (PREÇO CONVEN.)	44.8
2013.272.01	ÍNDICE DE ACOMPANHAM. ADEQUADO DE HIPERTENSOS	0,708
2013.275.01	PROPORÇÃO NOVOS DM2 EM TERAP. C/ METFORM. MONOT.	85,2%
2013.276.01	RÁCIO DDD PRESCRITA DPP-4 E ANTIDIABÉT. ORAIS	25%



Conselho Executivo



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



GOVERNO DE
PORTUGAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE

2013.278.01

PROPORÇÃO MEDICAM. PRESCRITOS, QUE SÃO GENÉRICOS

58%

Anexo X - Procedimento da Prática Tutelada em Enfermagem USF SJP

			
Procedimento: Suporte		Código	
Título	Prática Tutelada em Enfermagem /Rácio Supervisor /Supervisando		
Palavras-chave	Capacidade formativa, supervisando, supervisor		

1. Objectivo

Este Procedimento tem como objectivo estabelecer regras relativas à prática tutelada em Enfermagem e à relação supervisor clínico/supervisando no desenvolvimento da prática clínica na Instituição.

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável aos Enfermeiros supervisores clínicos propostos nesta Unidade do ACeS Porto Ocidental.

3. Conceitos

Processo de supervisão clínica: Período de prática acompanhada de forma contínua, visando a autonomização gradual do supervisando, em contexto profissional.

Idoneidade formativa dos contextos: características que os supervisandos adquirem para prestar cuidados com qualidade.



Dimensão formativa para o Exercício Profissional Tutelado (EPT): documentos para a acreditação da idoneidade formativa.

Capacidade formativa: número de supervisandos que um contexto de prática clínica acreditado possa acolher para a prática tutelada em Enfermagem.

4. Descrição do Procedimento

- Cada supervisor clínico acolhe 1 supervisando.
- Desenvolve apenas um único contexto de prática clínica.
- O supervisor deve cumprir um horário de trabalho de tempo integral no mesmo contexto de prática clínica.
- O horário do supervisando deve ser sobreponível ao do supervisor clínico.
- O supervisando pode usufruir férias desde que se encontre ao serviço em pelo menos 75% do período de férias do supervisor.

Autor(es):	Versão nº:1	Data 1ª versão: 2014.12.10
Aprovado por: Conselho Geral da USF São João do Porto	Data: 2014.10.07	Data próxima revisão: 2016.02.02

			
Procedimento: Suporte		Código	
Título	Prática Tutelada em Enfermagem /Rácio Supervisor /Supervisando		
Palavras-chave	Capacidade formativa, supervisando, supervisor		

- Durante a prática tutelada de enfermagem o supervisando deve ter acesso ao Sistema de Informação em Enfermagem utilizado na Instituição.
- O supervisando depende funcionalmente do respectivo supervisor clínico e hierarquicamente pelo Coordenador da Unidade.
- Durante a prática tutelar de enfermagem o supervisando encontra-se protegido pelo seguro da Ordem dos Enfermeiros.
- No sentido de manter a proximidade da relação de cooperação entre supervisor e supervisando e tendo em conta as características físicas e humanas da USF São João do Porto, definimos como rácio supervisor/supervisando, para a Unidade de 3/1, ou seja 9 enfermeiros / 3 supervisandos (este rácio poderá ser alterado se as características físicas e humanas se modificarem, informando previamente a Estrutura de Idoneidade).

DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE

Devem existir arquivadas:

- ✓ Instrução de Trabalho nº 7.1.3.A da Estrutura da Acreditação da Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica;
- ✓ Regra da Prática Tutelada em Enfermagem do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Manual de Acolhimento do supervisando.

5. Fontes Bibliográficas

- Regra da Prática Tutelada em Enfermagem do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

Autor(es):	Versão nº:1	Data 1ª versão: 2014.12.10
Aprovado por: Conselho Geral da USF São João do Porto	Data: 2014.10.07	Data próxima revisão: 2016.02.02

Anexo XI - Procedimento de integração de novos elementos USF SJP



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Suporte**Código****Título** Integração de novos elementos na USF São João do Porto**Palavras-chave** Integração, supervisando, supervisor

1. Objectivo

Este Procedimento tem como objectivo servir de guia para integração de novos elementos na USF São João do Porto

2. Âmbito

Este procedimento é aplicável aos Enfermeiros da USF São João do Porto

3. Conceitos

A integração representa uma das atividades básicas da gestão de recursos humanos tendo como objetivo a adaptação adequada dos profissionais à instituição onde iniciam funções.

A integração de pessoas é fundamental numa organização, e deve ter em consideração as constantes alterações sociais, profissionais e institucionais atuais. Representa uma das atividades primárias da gestão de recursos humanos e tem como finalidade o adequado ajustamento dos profissionais à instituição, tendo em conta tanto os objetivos pessoais como institucionais.

Segundo Frederico (2001) a integração representa a admissão do indivíduo na instituição e a sua orientação no ambiente laboral, abrangendo a comunicação de conhecimentos quanto à organização e sociedade institucional, à especificidade da função a desempenhar e ao próprio desenvolvimento de competências.

Para o mesmo autor, a adoção de programas de orientação é fundamental uma vez que, apesar de os recém-admitidos estarem qualificados para o trabalho, quando passam por um processo de seleção e admissão, necessitam de conhecer e compreender os procedimentos e as políticas da instituição, conhecer as pessoas com quem irão trabalhar e ser orientados/treinados para realizar as suas funções.

Os programas de integração, segundo Santos (1978), têm como finalidade informarem o novo colaborador sobre diversos aspetos da atividade funcional e social da instituição, e desta forma evitar lacunas que nesta fase podem comprometer e dificultar o desempenho profissional do novo colaborador.

Na perspetiva de Azevedo (1996), o processo de integração deve desenvolver-se por fases, pelas quais os enfermeiros em integração devem passar, e facilitar este processo. Baseando-se em Gillies (1994), Azevedo (1996) apresenta quatro fases para o processo de integração: *indução ou introdução, orientação, acompanhamento e treino*.

Na primeira fase, denominada por *indução ou introdução*, é facultada informação ao enfermeiro recém-admitido, para que este se sinta bem no novo ambiente de trabalho reconhecendo e fazendo parte integrante do mesmo. Deve ser dado a conhecer o manual de integração. Este é um instrumento importante na medida em que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo o processo.

A segunda fase, que corresponde à *orientação*, é um processo em que é fornecida informação mais completa e detalhada, havendo uma orientação mais direta perante as dúvidas e preocupações do novo profissional.

Na terceira fase, ou *acompanhamento*, já existe uma relação de trabalho entre o novo enfermeiro, o seu integrador e os seus pares, devendo dar-se ênfase às relações humanas, ao trabalho em equipa e ao desenvolvimento do enfermeiro em integração.

Por último, na quarta fase, ou *treino*, o novo enfermeiro já se encontra apto para prestar cuidados, apresentando uma interiorização das práticas a executar, onde o integrador tem a responsabilidade de se assegurar que o novo enfermeiro está suficientemente esclarecido, apoiar e transmitir confiança no exercício das suas funções, com autonomia, maturidade, segurança e autoconfiança (Azevedo, 1996).

Autor(es): Sónia Casimiro

Versão nº:1

Data 1ª versão: 2014.12.20

Aprovado por: Equipa de Enfermagem USF SJ Porto

Data: 2015.01.13

Data próxima revisão: 2016.02.02



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Suporte

Código

Título Integração de novos elementos na USF São João do Porto

Palavras-chave Integração, supervisando, supervisor

Os programas de integração reduzem o período de adaptação ao trabalho, proporcionam ao supervisor a oportunidade de orientar o novo funcionário corretamente; diminui a necessidade de ações corretivas devido ao desconhecimento das normas e princípios da organização. (Chiavenato, 1989).

O processo de integração é dinâmico, interativo e flexível, onde se estabelece uma relação indivíduo/organização, sendo importante que exista um programa bem definido, mesmo que possa vir a ser adaptado a cada situação, relacionada com as necessidades do novo elemento e/ou ao serviço.

No contexto de uma unidade de saúde familiar como plano de integração apresento o seguinte quadro, sendo que o período proposto para integração de um mês:

Data	Atividades	Objectivos	Metodologia
1º Dia	Apresentação à equipa multidisciplinar	Conhecer os vários profissionais da equipa Identificar qual o papel de cada elemento da equipa	Apresentar a cada elemento da equipa
1º Dia	Apresentação da unidade (instalações e funcionamento)	Conhecer a estrutura da unidade	Visita a toda a unidade Mostrar a pasta partilhada com documentos da unidade (guia de acolhimento, manual, procedimentos, plano formação, etc.)
1º Dia	Apresentação do enfermeiro supervisor da integração	Conhecer o horário a realizar durante o período de integração	Apresentar o enfermeiro supervisor da integração
1ª Semana	Orientação por parte do enfermeiro supervisor clínico	Conhecer a estrutura e cultura da organização	Leitura dos documentos existentes na pasta partilhada, com acompanhamento do enfermeiro supervisor
2ª e 3ª semana	Acompanhamento do enfermeiro supervisor nas atividades de prestação direta de cuidados	Conhecer as atividades relacionadas com a prestação direta de cuidados aos utentes	Realizar as consultas e atos de enfermagem programados
2ª e 3ª semana	Acompanhamento do enfermeiro supervisor nos registos de enfermagem no sistema de informação	Conhecer o sistema de informação utilizado para registos	Registar diagnósticos, intervenções e programar consultas e atos de enfermagem após avaliação dos resultados, no sistema de informação
4ª semana	Realizar todas as atividades aprendidas na integração com uma lista de utentes já atribuída, com o apoio do enfermeiro supervisor	Treinar todas as atividades	Realizar todas as consultas e atos de enfermagem à lista de utentes que lhe foi atribuída

Autor(es): Sónia Casimiro

Versão nº:1

Data 1ª versão: 2014.12.20

Aprovado por: Equipa de Enfermagem USF SJ Porto

Data: 2015.01.13

Data próxima revisão: 2016.02.02

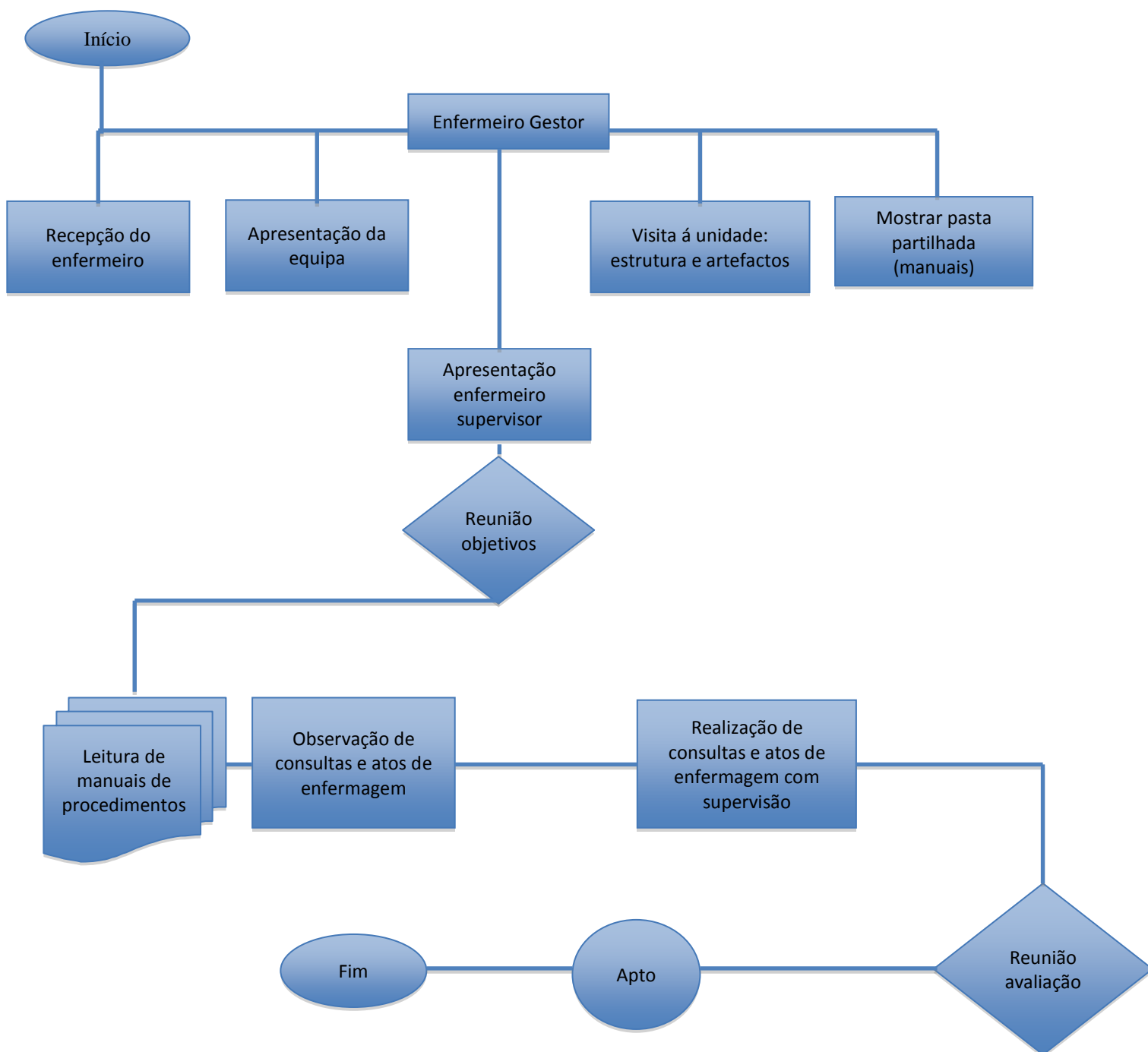
Procedimento: Suporte

Código

Título Integração de novos elementos na USF São João do Porto

Palavras-chave Integração, supervisando, supervisor

Segue o fluxograma representativo da integração do novo enfermeiro:



Autor(es): Sónia Casimiro

Versão nº:1

Data 1ª versão: 2014.12.20

Aprovado por: Equipa de Enfermagem USF SJ Porto

Data: 2015.01.13

Data próxima revisão: 2016.02.02



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Procedimento: Suporte

Código

Título Integração de novos elementos na USF São João do Porto

Palavras-chave Integração, supervisionando, supervisor

4. Fontes Bibliográficas

Azevedo, C. (1996, Abril). Integração de Enfermeiros às unidades/serviços. *Divulgação*, 38, 9-30.

Chiavenato, I. (1989). *Recursos humanos na empresa* (Vol. 5). São Paulo: Atlas.

Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus.

Frederico, M. (2001). Integração Profissional. *Sinais Vitais*, 37, 33-36.

Santos, O. (1978). Orientação e desenvolvimento do potencial humano. São Paulo: Pioneira.

Autor(es): Sónia Casimiro	Versão nº:1	Data 1ª versão: 2014.12.20
Aprovado por: Equipa de Enfermagem USF SJ Porto	Data: 2015.01.13	Data próxima revisão: 2016.02.02